

**EVALUACIÓN DE TRES COMITÉS DE OBLIGATORIA CONSTITUCIÓN
SEGÚN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD
(SOGCS) Y NORMATIVIDAD VIGENTE, EN HOSPITAL NIVEL II, POPAYÁN,
MAYO, 2012.**



Universidad
del Cauca

Coautores:

**DIANA ROCIO AGUIRRE GUERRERO
LAURA CRISTINA MARTÍNEZ SEVILLA
YANIOTHS MARIANA VÉLEZ URBANO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, POPAYÁN
Programa de Enfermería – Investigación I
Área: Desarrollo Disciplinar. Línea de Investigación: Práctica del Cuidado
Administración y Gestión del Cuidado
Popayán
2013**

**EVALUACIÓN DE TRES COMITÉS DE OBLIGATORIA CONSTITUCIÓN SEGÚN
EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD
(SOGCS) Y NORMATIVIDAD VIGENTE, EN HOSPITAL NIVEL II, POPAYÁN,
MAYO, 2012.**



Universidad
del Cauca

Coautores:

**DIANA ROCIO AGUIRRE GUERRERO
LAURA CRISTINA MARTÍNEZ SEVILLA
YANIOTHS MARIANA VÉLEZ URBANO**

Proyecto de Investigación

Directora:

Enf. Mag. Clara Imelda Torres Artunduaga

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, POPAYÁN
Programa de Enfermería – Investigación I
Área: Desarrollo Disciplinar. Línea de Investigación: Práctica del Cuidado
Administración y Gestión del Cuidado
Popayán
2013**

CONTENIDO	
	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. OBJETIVOS	14
1.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. LA ATENCIÓN EN SALUD	15
2.2 LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS	15
2.3 FUNDAMENTO JURÍDICO LEGAL	16
2.3.1 Constitución Política de Colombia	16
2.3.2 La ley 100 de 1993 del Congreso de la República	16
2.3.2.1 Las Recientes Reformas al Sistema de Seguridad Social en Salud	16
2.3.3 El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), Decreto 1011 de 2006, Ministerio de la Protección Social	17
2.3.4 Condiciones Que Deben Cumplir Los Prestadores De Servicios De Salud Para Habilitar Sus Servicios E Implementar El Componente De Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención, Resolución 001043 del 3 de abril de 2006, Ministerio de la Protección Social	19
2.4 LAS INSTITUCIONES DE SALUD	19

2.4.2 Hospital Susana López de Valencia	21
2.5 LOS COMITÉS DE OBLIGATORIA CONSTITUCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD, UNA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO Y GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	21
2.5.1 Comité De Historias Clínicas (Resolución 1995 de 1999, Ministerio de Salud)	23
2.5.2 Comité de Vigilancia Epidemiológica (Decreto 3518 de 2006, Ministerio de la Protección Social)	24
2.5.3 Comité De Infecciones Hospitalarias (Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Colombia)	25
2.5.3.1 Estado Actual De Los Comités De Infecciones En Cinco Ciudades De Colombia	26
3. DISEÑO METODOLÓGICO	28
3.1 TIPO DE ESTUDIO	28
3.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	28
3.3 MUESTRA	29
3.3.1 Nivel de Confianza	29
3.3.2 Tipo de Muestra	29
3.3.3 Técnica de Muestreo	29
3.3.4 Tamaño de la Muestra	29
3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.4.1 Aval de Los Instrumentos	29
3.4.2 Prueba Piloto	29

3.4.3 Instructivos de los Instrumentos de Recolección de datos	30
3.4.3.1 Comité de Historias Clínicas	30
3.4.3.2 Comité de Vigilancia Epidemiológica	33
3.4.2.3 Comité de Infecciones Hospitalarias	37
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	41
4. PRESUPUESTO	45
4.1 PRESUPUESTO GLOBAL	46
4.1.1 Presupuesto de la Universidad del Cauca	46
4.2 PRESUPUESTO PERSONAL	46
4.3 EQUIPOS	46
4.4 MATERIALES	47
4.5 IMPRESOS Y PUBLICACIONES	47
4.6 SERVICIOS TÉCNICOS	47
4.7 SALIDAS DE CAMPO	48
4.8 COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	48
5. CRONOGRAMA	49
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
6.1 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	51
6.1.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación aplicables al Comité de Historias Clínicas	51
6.1.2 Análisis de resultados del Decreto 1995 de 1999, Ministerio de Salud	53

6.1.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas	57
6.2 COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	58
6.2.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica	58
6.2.2 Análisis de resultados del Decreto 3518 de 2006 de 09 de octubre, Ministerio de la Protección Social	59
6.2.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica	63
6.3 COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS	64
6.3.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias	64
6.3.2 Análisis de resultados de la Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia	66
6.3.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias	70
7. DISCUSIÓN	71
8. CONCLUSIONES	73
9. RECOMENDACIONES	75
9.1 MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES	75
ANEXOS	77
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Historias Clínicas	77
Anexo B. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Vigilancia Epidemiológica	85

Anexo C. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Infecciones Hospitalarias	90
BIBLIOGRAFÍA	97

LISTA DE TABLAS	
	Pág.
Tabla 1. Institución de Salud del sector público de Nivel II de Complejidad, en el Municipio de Popayán, Departamento del Cauca	29, 30
Tabla 2. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de pesos), Universidad del Cauca	45
Tabla 3. Descripción De Los Rubros	45
Tabla 4. Presupuesto de la Universidad del Cauca (en miles de pesos).	45
Tabla 5. Descripción de los gastos de personal (en miles de Pesos)	46
Tabla 6. Descripción de los equipos (en miles de pesos)	46
Tabla 7. Materiales y suministros (en miles de pesos)	47
Tabla 8. Impresos y publicaciones (en miles de pesos)	47
Tabla 9. Servicios Técnicos (en miles de pesos)	47
Tabla 10. Valoraciones salidas de campo (en miles de pesos)	48
Tabla 11. Comunicaciones y transporte (en miles de pesos)	48

LISTA DE GRÁFICAS	
	Pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación	52
Gráfica 2. Distribución porcentual de cumplimiento del Decreto 1995 de 1999, Ministerio de Salud	56
Gráfica 3. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas	57
Gráfica 4. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación	59
Gráfica 5. Distribución porcentual de cumplimiento de Decreto 3518 de 2006 de 09 de octubre, Ministerio de la Protección Social	62
Gráfica 6. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica	63
Gráfica 7. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación	65
Gráfica 8. Distribución porcentual de cumplimiento de la Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia	69
Gráfica 9. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias	71

LISTA DE ANEXOS	
	Pág.
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Historias Clínicas	77
Anexo B. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Infecciones Hospitalarias	85
Anexo C. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Vigilancia Epidemiológica	90

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Garantía de Calidad de nuestro país, en general apunta específicamente hacia **la atención en salud** definida como *“el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”*¹

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”*.²

Institucionalmente, los Comités se generan para proporcionar a los usuarios de los servicios de salud, mediante su asesoría y control interno, el cumplimiento de las condiciones de calidad, convirtiéndose en defensores del actuar profesional con observancia de las normas de excelencia académica y científica, asegurando de esta manera, no solo la prestación de servicios, sino la prestación de los mismos con calidad.

Una tarea prioritaria que deberá emprender la administración de una Institución de Salud, es trabajar con los comités existentes y conformar los comités faltantes que se requieran para obtener impacto en la gestión de calidad. Esta labor implica analizar, fortalecer o definir sus mecanismos de operación, precisar el alcance, propósito y responsabilidades de cada comité y del área a la que pertenece, así como definir las estrategias de reunión y métodos rigurosos de trabajo para que las reuniones de los comités sean efectivas, productivas y contribuyan al fortalecimiento del autocontrol en la Institución.

Es por ello que, la evaluación y la auditoria de la Calidad de la Atención en Salud de una Institución entendida como un conjunto de métodos aplicados a toda la organización que mejora el servicio al cliente o usuario, que reduce costos y aumenta la productividad, se incorpora cada vez más al ámbito de la salud como un componente estratégico prioritario. Ya que los Comités son garantes de cumplimiento de la reglamentación establecida por las Instituciones y el Estado, con

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Decreto 1011 de Abril 03 de 2006. Art.2. Por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Decreto 1011 de Abril 03 de 2006. Art.2. Por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

el fin de asegurar la prestación de un servicio ágil, oportuno, eficiente y efectivo; se hace necesaria y fundamental su verificación.

Los Comités son un componente dentro de los requisitos de habilitación, por lo que reciben el nombre de Obligatorios. Sin embargo, los comités solo son auditados en el inicio del proceso anteriormente nombrado, con ítems inmersos en el Manual Único de Estándares y de Verificación, (Anexo Técnico No. 1)³, pero que no son especializados para cada Comité sino que por contenido son de su incumbencia. Además, las Instituciones de Salud, no cuentan con un proceso de seguimiento y/o autoevaluación para verificar la operacionalización de los Comités de Obligatoria Existencia, lo que no garantiza su funcionalidad como órganos asesores en el mejoramiento y fortalecimiento en la calidad de la prestación de los servicios.

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, la pregunta de investigación que se formula en el presente estudio es:

¿La implementación actual de los Comités de Obligatoria Constitución de interés para este estudio, es acorde en el Hospital Susana López de Valencia, con los Estándares de Calidad establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la Normatividad vigente para cada uno de ellos?

El presente estudio busca verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a dichos comités a fin de constatar el cumplimiento de las actividades de autocontrol, la aplicación de las normas, los referentes legales y los estándares de calidad para identificar brechas de desempeño sobre las cuales realizar las recomendaciones de mantenimiento o mejoramiento pertinentes y direccionadas a la detección, corrección oportuna y prevención de su recurrencia, además de abrir un campo poco explorado, como es el de los comités.

Los Comités de Obligatoria Existencia y Funcionamiento, a los que se hará verificación en el presente estudio en cuanto al cumplimiento de los Estándares de Calidad establecidos en el SOGCS y normatividad vigente para cada uno de ellos, corresponden a:

- Comité de Historias Clínicas; Resolución 1995/99, Ministerio de Salud.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica; Decreto 3518/06, Ministerio de la Protección Social.
- Comité de Infecciones Hospitalarias; Resolución 073/08, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia.

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 3 de abril de 2006. por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar las herramientas necesarias que permitan la realización de una auditoria a los Comités Obligatorios de: Historias Clínicas, de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y la normatividad vigente para cada uno de ellos.
- Generar recomendaciones de acuerdo a los resultados de la auditoria que permita la construcción de planes de mantenimiento o fortalecimiento, con respecto a la operacionalización de los Comités de Obligatoria Constitución de importancia para este estudio.

2. MARCO TEÓRICO

LOS COMITÉS, UNA HERRAMIENTA BÁSICA PARA LA GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

“La Sociedad en todos los tiempos y latitudes acaba por crear aquellas Instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento”.

Malinowsky

2.1 LA ATENCIÓN EN SALUD

La atención en salud definida como *"el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población"*⁴, debe entenderse en los siguientes términos:

La atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. El cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurre el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.

La atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS

La calidad en la atención de salud, es considerada actualmente, no sólo una necesidad sino una prioridad dentro de la concepción de la gestión moderna, como también un hecho de enorme trascendencia, en razón de la complejidad de las instituciones de salud, los elementos que las conforman y las características de su

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

funcionamiento como son: profesionales de múltiples disciplinas, alta tecnología, trabajo multi e interdisciplinario, requerimiento de inmediatez, alta contingencia, altos flujos de información, alto nivel de interdependencia entre las distintas áreas, diversidad de insumos, variedad y complejidad de tecnología, diversidad de procesos, alto nivel de exigencia de los usuarios, etc.

La Calidad de la Atención en Salud se define como: "*La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios*"⁵

Son varios los elementos que se incluyen en esta definición de calidad entendida como una relación entre *beneficios, riesgos y costos*, que implica que la calidad debe estar fundamentada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos, pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia. Se concede igualmente gran importancia a la *accesibilidad* y la *equidad* como condiciones complementarias entre sí e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. Efectivamente, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria, pues en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios, de ahí la importancia de la acción coordinada entre las instituciones (EPS, IPS y otras). Así mismo, el concepto de *nivel profesional óptimo*, debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad. Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.

Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una *atención en salud centrada en el usuario*, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Art. 2. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3 FUNDAMENTO JURÍDICO-LEGAL.

2.3.1 Constitución Política de Colombia. En desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993, organiza el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado.

2.3.2 La Ley 100 de 1993 del Congreso de la República. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. Constituye una importante reforma al sector salud, que tuvo como fundamento la necesidad de adecuar el Sistema de Salud al nuevo modelo de Estado Social de Derecho establecido en la Constitución Política de 1991. Reforma que se propuso convertir a las personas, en sujetos de derechos, al tiempo que se aspiraba a superar la insuficiente cobertura de atención, la ineficiencia, la crisis hospitalaria, y la supuesta falta de calidad del anterior Sistema Nacional de Salud. El SSSI ampara al ciudadano frente a riesgos patológicos (Enfermedades, Accidentes de Trabajo, Invalidez). Riesgos Biológicos (Maternidad, Vejez y muerte). Riesgos Económico-sociales (Desempleo, huelgas, paros, cargas familiares excesivas) y está conformado por regímenes prestacionales de carácter general: Salud, Riesgos profesionales, Pensiones, Servicios sociales complementarios.

2.3.2.1 Las recientes reformas al Sistema de Seguridad Social en Salud. Posteriormente, *la Ley 1122 de enero 09 de 2007* del Congreso de la República modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece un nuevo Plan Nacional de Salud Pública (para reemplazar el antiguo PAB, Plan de Atención Básica) que tiene como objetivo la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables. Fortalece la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Integra modelos de atención tales como Salud Familiar y Comunitaria, Atención Primaria y Atención domiciliaria. Crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial adscrita al Ministerio de Protección Social. El anterior Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) pasa a tener un carácter de asesor y consultor de la CRES y del Ministerio de la Protección Social. Se crea la figura del Defensor del usuario en salud, dependiente de la SUPERSALUD en coordinación con la Defensoría del Pueblo para ser vocero de los afiliados ante las EPS.

El Sistema de Seguridad Social Integral colombiano es nuevamente modificado con la **Ley 1438 de 2011 (Enero 19) Del Congreso de la República de Colombia**. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Se propone un modelo de prestación del servicio público en Salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud; como también la

unificación del Plan de beneficios para todos los usuarios; universalidad del aseguramiento y la potabilidad y prestación de los beneficios en cualquier lugar del país en un marco de sostenibilidad financiera. El Modelo se orienta a generar condiciones que protejan la salud, siendo el bienestar, el eje central y núcleo articulador de las políticas en Salud. Concurren entonces acciones de Salud Pública, Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y las necesarias para promover de manera constante la Salud de la población.

La Reforma comprende nuevos principios, entre ellos Obligatoriedad (de afiliación); Enfoque diferencial para reconocer poblaciones con características particulares, buscando eliminar la discriminación y marginación, Progresividad (Gradualidad en la actualización del Plan de beneficios), Complementariedad y Concurrencia, Corresponsabilidad (Autocuidado) Libre escogencia, Participación Social, Prevención, Continuidad y Calidad entre otros.

Es evidente que el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud consagra la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad como aspectos de gran trascendencia para la integralidad. Este tipo de Programas y Proyectos inciden en la disminución y menor demanda del número de intervenciones en el campo curativo y de rehabilitación, por parte de los afiliados y seguramente que se trabajaría con gusto y disposición en el nuevo paradigma: *Cambiar el negocio de la enfermedad por el negocio de la salud*. Por lo tanto; están dadas las condiciones políticas y legales para avanzar hacia el nuevo modelo de salud, donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, pasando de una concepción del cuidado de la salud y el bienestar centrado en la enfermedad a una concepción de vida y comprensión de la salud y el bienestar en sus múltiples dimensiones: Social, Biológica, Antropológica, Económica, Ecológica, Ambiental, Ética y Legal. Propósitos como disfrutar de mejores condiciones de vida; la observación, el goce y respeto de los derechos fundamentales que aseguren a los individuos, familias y colectividades condiciones de dignidad en su diario vivir; el acceso universal a los servicios de salud y a la Seguridad Social deberán ser los objetivos de un Estado Social de Derecho constitucionalmente proclamado.

2.3.3. El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS), Decreto 1011 De 2006, Ministerio De La Protección Social. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

En el concepto de calidad en salud está inmerso el balance costo-riesgo-beneficio, y este planteamiento se recoge en el presente decreto, con sus cuatro grandes componentes, el Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC), el Sistema único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC); que al interrelacionan entre sí de manera continua, planteando el cumplimiento de los estándares de Habilitación y la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como un pre-requisito para presentarse a la Acreditación en Salud ante ICONTEC, (Instituto Colombiano de Normas Técnicas), como organismo Nacional de Acreditación en Salud; componentes que claramente están dirigido a proteger al paciente de riesgos que se deriven de la prestación de servicios en condiciones inadecuadas.

2.3.4 Condiciones Que Deben Cumplir Los Prestadores De Servicios De Salud para Habilitar sus Servicios e Implementar el Componente De Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención, Resolución 001043 del 3 de abril de 2006, Ministerio de la Protección Social. Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. Modificado por el art. 1, Resolución Min. Protección 2680 de 2007. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente, entre otros requisitos:

- a) De capacidad tecnológica y científica.
- b) Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- c) De capacidad técnico-administrativa.

2.4 LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Las instituciones de salud como organización empresarial, generan múltiples servicios hacia sus usuarios internos y externos. Corresponde a los primeros, todas aquellas áreas funcionales administrativas, asistenciales y de apoyo. Como usuarios externos los pacientes o usuarios, los proveedores, los familiares y otros colectivos poblacionales a los cuales ofrece servicios y otras actividades.

Desde un punto de vista de las personas y usuarios de una institución de salud, podemos identificar en este tipo de organización procesos productivos asistenciales y no asistenciales. El usuario principal de los procesos asistenciales es el paciente que demanda y requiere una atención directa del personal de salud.

Los procesos no asistenciales se relacionan con todas las demás actividades que se realizan en la institución pero cuyo efecto directo no se centra en el paciente y que hacen referencia a una serie de actividades administrativas relacionadas con procesos de adquisición de equipos, medicamentos y otros elementos, como

también procesos contables, financieros, de talento humano, de apoyo diagnóstico, terapéutico, nutricional, hotelero etc. En síntesis, se considera que los procesos productivos en las instituciones de salud se orientan a las áreas de *Gestión* (Planeación, mejoramiento continuo, mercadeo, proyectos, auditoría, control y regulación jurídica.) *Atención al usuario* (Servicios intra o extramurales, archivo clínico y registros hospitalarios, referencia y contrarreferencia, servicios generales de transporte, aseo, vigilancia y otros.) *Logística* (Financiera, relaciones humanas, suministros, investigación, información, comunicación)

El futuro de las organizaciones o instituciones de salud radica en el mejoramiento continuo de todos sus procesos, desde lo administrativo hasta lo asistencial y técnico, en el desarrollo de nuevos servicios a partir del mejoramiento de los existentes, la investigación e incorporación racional de la tecnología en sus propósitos. Sus grupos de trabajo serán cada día más especializados, autónomos y autorregulados. La gestión buscará obtener el máximo provecho de las potencialidades de cada recurso presente bajo estándares de calidad cada día más exigentes. El trabajo interdisciplinario será la nota característica. Bajo el paradigma de la competitividad sobrevivirán aquellas instituciones de salud eficientes, productivas administradas con principios de calidad en sus servicios.

Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, según su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar, de la siguiente manera: **baja complejidad o primer nivel**, son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención; **mediana complejidad o segundo nivel**, son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención, y **alta complejidad o tercer nivel**, cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

Para efectos de la presente investigación, se interviene en la siguiente Institución pública prestadora de Servicios de Salud, perteneciente al segundo nivel de complejidad:

2.4.1 Hospital “Susana López De Valencia” ESE. Presta servicios de atención en salud, de manera efectiva, humanizada y con calidad; mediante personal calificado e infraestructura segura y tecnología adecuada.

Cumple con la prestación de servicios de salud de mediana y algunos de alta complejidad brindada por médicos generales, especialistas y subespecialistas y atención de urgencias para el manejo de alteraciones de la integridad física y funcional, que comprometan la vida o funcionalidad de la persona y que requieran de la atención inmediata.

Portafolio de servicios ambulatorios; consulta médica especializada: Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Pediatría, Cirugía pediátrica, Neumología pediátrica, Cardiología pediátrica, Medicina Interna, Fisiatría, Anestesiología, Gastroenterología, Psiquiatría, Neurología, Cirugía General, Urología, Ortopedia y traumatología, Cirugía de la mano; Servicios terapéuticos: Fisioterapia, Terapia osteomuscular, Terapia neurológica, Terapia visual, Terapia mano traumática, Terapia respiratoria, Higiene bronquial, Inhalo terapia, Fonoaudiología; programas especiales: Madre Canguro, Control de Patología Cervicouterina, Institución Amiga de la Mujer y la Infancia; y consulta médica profesional: Psicología, Nutrición, Médico General, Fonoaudiología, Trabajo social.

El hospital cuenta con la infraestructura, los procesos y el personal necesario para la prestación de los servicios de: Unidad de cuidado intensivo e intermedio pediátrico, Unidad de cuidado intensivo, intermedio y básico neonatal, Hospitalización de mediana complejidad, Atención de partos.

2.5 LOS COMITÉS DE OBLIGATORIA CONSTITUCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD, UNA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO Y GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La finalidad de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para el mejoramiento continuo. Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización.

Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al

autocontrol y a la auditoría interna; en el campo de la auditoría externa se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplos de acciones de seguimiento: las evaluaciones que realizan los miembros de una organización sobre los resultados de su propio trabajo, los estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones de utilización, las encuestas de satisfacción realizadas internamente por la organización o externamente por la EPS sobre los usuarios atendidos por la IPS, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de atención con base en el análisis de historias clínicas y las evaluaciones realizadas por los comités institucionales.

Los comités de Ética Hospitalaria (Resolución 1343/91), de Trasplantes (Decreto 2493/06), de Infecciones Hospitalarias (**Resolución 073/08**), de Farmacia y Terapéutica (Decreto 2200/05), de Vigilancia Epidemiológica (Decreto 3518/06), Comité Técnico-Científico (Resolución 2936/06), de Transfusión Sanguínea (Decreto 1571/93), de Docencia-Servicio (Decreto 0190/96, Acuerdo 003/03), de Historias Clínicas (Resolución 1995/99) y Comité de Urgencias (Decreto 412/92) están reglamentados por la normatividad legal vigente, razón por la cual se consideran de Obligatoria Existencia y Funcionamiento aplicables según el tipo de entidad y la complejidad de la misma.

Las actividades que desarrollen los comités deben estar orientadas a alcanzar el cumplimiento de la finalidad para lo cual han sido creados. Deben tenerse claramente definidos sus objetivos y metas de cumplimiento. Con el objeto de establecer el autocontrol se pueden implementar otros comités. De manera complementaria, para que los planes se cumplan y conduzcan a las metas deseadas, es necesario realizar un seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad definida, de manera que se pueda determinar oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

Esta es la razón por la cual el modelo de auditoría que adopta el Ministerio de la Protección Social a través del SOGCS contempla la realización de las llamadas *acciones coyunturales* definidas como el *"conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia"*.⁶

Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural aquellas definidas por la aparición de eventos adversos o centinelas, por

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Art. 34. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, como por ejemplo, un aumento en la demanda de prestación de servicios de salud no esperada, un aumento en la frecuencia de casos de alto costo, la reducción repentina de la oferta de servicios, etc., son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución. *Las acciones son un continuo en el tiempo; así, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.*

Los comités de Obligatoria Existencia, son definidos de manera general, como órganos asesores de vital importancia en la valoración de debilidades y fortalezas, coordinando, vigilando y verificando la prestación de un servicio determinado en el contexto de su formación, porque aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar, corregir oportunamente y prevenir su recurrencia.

En el preciso caso de esta investigación son de importancia los siguientes Comités de Obligatoria Constitución:

2.5.1 Comité de Historias Clínicas (Resolución 1995 de 1999, Ministerio de Salud). Defínase como “el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución”.⁷

Funciones Del Comité De Historias Clínicas:

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

⁷ MINISTERIO DE SALUD Resolución Número 1995 de Julio 8 de 1999. Capítulo IV, Art. 19. Por el Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.⁸

2.5.2 Comité de Vigilancia Epidemiológica (Decreto 3518 de 2006, Ministerio de la Protección Social). Los departamentos, distritos y municipios crearán Comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones, los cuales estarán integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia. El Comité de Vigilancia en Salud Pública, definirá su propio reglamento, se reunirá ordinariamente una (1) vez al mes y será presidido por el Director Territorial de Salud. La Secretaría Técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la Dirección Territorial de Salud. Cuando la especificidad del tema a tratar por parte del Comité así lo requiera, se podrá invitar a participar a expertos en las áreas temáticas, quienes tendrán voz, pero no voto.

Actuarán como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes:

- a) **Los Comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE.**
- b) **Los Comités de Infecciones Hospitalarias.**
- c) Los Comités de Estadísticas Vitales.
- d) Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria - COVECOM.
- e) Otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

Las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia.

Funciones

Los Comités de Vigilancia en Salud Pública Departamentales, Distritales y Municipales, cumplirán con las siguientes funciones:

- a) Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción.
- b) Asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial en la adopción, implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de la Protección Social.

⁸ MINISTERIO DE SALUD Resolución Número 1995 de Julio 8 de 1999. Capítulo IV, Art. 20. Por el Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

- c) Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción.

Asesorar a la autoridad sanitaria territorial sobre la investigación en salud que se deba realizar de acuerdo a las prioridades y lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.⁹

2.5.3 Comité De Infecciones Hospitalarias (Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Colombia). Corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cumplir con el contenido de la presente resolución:

- Todos los prestadores de servicios de salud en el Distrito Capital deben conformar un Comité de Infecciones Hospitalarias, que sesione en forma obligatoria por lo menos una vez al mes, registrando en un libro de actas cada una de las sesiones del Comité. Los integrantes del Comité deben asistir regularmente a todas las sesiones y en caso de no poder hacerlo, con causa justificada, deben existir soportes por escrito avalados por el gerente de la institución.
- Garantizar la funcionalidad del Comité de Infecciones Hospitalarias en la implementación del Programa de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Hospitalarias.
- Garantizar los recursos necesarios de talento humano, infraestructura, insumos para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las Infecciones Hospitalarias y la contención de la resistencia bacteriana.
- Implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias y de Resistencia Bacteriana, haciendo operativos los subsistemas de información, análisis, intervención y evaluación.
- Elaborar y desarrollar un Plan de Acción Anual, con objetivos, metas, actividades, responsables, indicadores de evaluación, cronograma de actividades y presupuesto para el fortalecimiento del Programa de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias y la contención de la resistencia bacteriana.
- Elaborar y desarrollar un plan anual de inducción y capacitación sobre la prevención, vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias y la contención de la resistencia bacteriana que incluya población objeto, objetivos, metas, temas de capacitación, duración, responsables, indicadores de evaluación y cronograma dirigido al personal de salud.
- Implementar procesos de sensibilización dirigidos a usuarios sobre las prácticas recomendadas para la prevención y control de infecciones y que brinden herramientas para exigir su cumplimiento a nivel institucional.
- Las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, deben realizar un Plan de Información dirigido a la comunidad con objetivos, población objeto,

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Decreto Número 3518 del 09 de Octubre de 2006. Capítulo IV. Art. 37,38. Por el cual se crea y se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

contenidos temáticos (dentro de los cuales se deben incluir procesos de autocuidado, recomendaciones universales de bioseguridad con énfasis en lavado de manos y uso prudente de antibióticos entre otros), metodología e indicadores de evaluación.

- Promover la participación de los usuarios en la gestión asistencial con calidad de los servicios de salud, sistematizar y analizar las irregularidades que se reporten al respecto relacionados con infecciones Hospitalarias que sirva como insumo para toma de decisiones y ejecución de planes de mejoramiento.

- Implementar los procesos y procedimientos necesarios de seguimiento del desarrollo del Programa de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias y de las estrategias para la contención de la resistencia bacteriana.

- Elaborar un informe anual sobre el desarrollo del Programa de Prevención, Control y Vigilancia de Infecciones Hospitalarias y de las estrategias para la contención de la resistencia bacteriana y socializarlo a nivel institucional y la Secretaría Distrital de Salud Establecer programas de uso prudente de antibióticos a nivel institucional basados en estrategias efectivas documentadas. El programa debe contener objetivos, estrategias para el uso adecuado de antibióticos, entrenamiento del personal médico e indicadores de evaluación y debe ser coordinado con el Comité de Farmacia y Terapéutica.

- Realizar vigilancia al consumo de antibióticos en las instituciones basada en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

- Implementar Sistemas de Fármaco-vigilancia con énfasis en efectos adversos a los antimicrobianos.

- Fomentar en las instituciones, mediante alianzas estratégicas con los diferentes actores, el desarrollo de investigaciones relacionadas con la prevención, vigilancia epidemiológica, control, seguimiento, costos de las Infecciones Hospitalarias y de la contención de la Resistencia Bacteriana.

- Establecer Planes de Mejoramiento que garanticen la implementación de los protocolos para el seguimiento de las Infecciones Hospitalarias y el adecuado uso de los antibióticos.

- Efectuar notificación mensual y de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Área de Vigilancia en Salud Pública, al sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones Hospitalarias y resistencia bacteriana.

- Efectuar notificación inmediata y obligatoria de brotes de infecciones Hospitalarias.¹⁰

¹⁰ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, COLOMBIA. Resolución 073 del 30 de Enero de 2008. Capítulo I, Art. 8. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias- IH para Bogotá D.C.

2.5.3.1 Estado Actual de los Comités de Infecciones en Cinco Ciudades de Colombia. Artículo publicado por Carrillo, P., entre otros médicos especialistas en la Revista Sanitas en 2010, en el cual se reconoce la *Resolución 073 de 2008, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*, como la única normatividad vigente en Colombia para el Comité de Infecciones:

“En Colombia, se ha reconocido la importancia de realizar la vigilancia y la notificación de las distintas entidades de importancia epidemiológica mediante la ley 9 de 1984. Adicionalmente, el decreto reglamentario 1562 del Ministerio de Salud de Colombia establece la obligatoriedad para las instituciones que prestan servicios de salud de contar con un comité de infecciones. Sin embargo, existe solo en Colombia un documento que adapta y acoge las recomendaciones internacionales existentes, relacionadas con la conformación y funcionamiento de los comités de infecciones, el cual es acogido de manera exclusiva por las instituciones de salud de la capital, debido a que dicho documento fue diseñado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. En este documento se plantea cuál debe ser la conformación de los comités de infecciones, quiénes deben ser sus integrantes y cuáles son sus funciones. De igual manera, se establecen los indicadores de infección a calcular y la forma de hacerlo”.¹¹

¹¹ CARRILLO P., ÁLVAREZ C.A., ARBOLEDA D., YOMAYUSA N. Estado Actual De Los Comités De Infecciones En Cinco Ciudades De Colombia. Revista Médica Sanitas. Volumen 13 - No. 4, Pág.: 34 – 39. Octubre - Diciembre de 2010.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo cuantitativo de corte trasversal.

El presente estudio permitirá de manera *cuantitativa* conocer o dar respuesta a la pregunta de investigación, se hará de forma *transversal*, en un solo momento temporal, de manera observacional y *descriptiva*, es decir, no se consideran hipótesis y se analizan las condiciones naturales en las que actualmente funcionan los Comités de Obligatoria Constitución en las Instituciones de Salud del sector público, nivel II.¹²

3.2 UNIVERSO DEL ESTUDIO

Todas las instituciones de salud de carácter público nivel II del Municipio de Popayán, departamento del Cauca equivalente a 1 Institución de Salud, regida por la Superintendencia Nacional de Salud, organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Tabla 1. Institución de Salud del sector público de Nivel II de Complejidad, en el Municipio de Popayán, Departamento del Cauca.

Código	Nombre	Nivel
1900100023	ESE HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA	II

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección.¹³

¹² HEREDERO SANTOS, Francisco Javier, otros. Metodología Básica de la Investigación en Enfermería. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. Pág. 49 – 53.

¹³ Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

3.3 MUESTRA

Institución pública nivel II de complejidad del sector público, del Municipio de Popayán, refiriéndose al Hospital Susana López de Valencia, su único representante.

3.3.1 Nivel de Confianza. Posee un nivel de confianza del 100%, ya que se toma el 100% de las Instituciones del sector público pertenecientes al nivel II de Complejidad (Hospital Susana López de Valencia).

3.3.2 Tipo de Muestra. No probabilística.

3.3.3 Técnica de Muestreo. Muestreo de Conveniencia.

3.3.4 Tamaño de la Muestra. 1 Institución de Salud del sector público, nivel II en el municipio de Popayán.

Tabla 1. Institución de Salud del sector público de Nivel II de Complejidad, en el Municipio de Popayán, Departamento del Cauca.

Código	Nombre	Nivel
1900100023	ESE HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA	II

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección.¹⁴

La muestra es tomada por conveniencia debido a la inexistencia de otra institución que cumpla con los criterios establecidos en el universo.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Aval de los Instrumentos. Asesoría, revisión y aval por la Enfermera Ana Cristina Idrobo Ospinal, Coordinadora de Comités y el Enfermero German Guerrero, Coordinador del Comité de Infecciones, Clínica La Estancia - Popayán, expertos en el tema investigado.

¹⁴ Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

3.4.2 Prueba Piloto. Una vez estructurado y redactado el instrumento se sometió a prueba con los expertos anteriormente citados, que realizan las correcciones necesarias, para convertirlos en los instrumentos ideales para la recolección de datos, finalmente determinando su validez, confiabilidad y operatividad en la muestra investigada.

No se realiza la prueba piloto por 2 razones:

1. La información expuesta en los instrumentos de recolección de datos son extraídos de la normatividad vigente para cada uno de los comités de importancia para esta investigación y del Manual Único de Estándares y de Verificación, por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención¹⁵, usados nacionalmente.

2. Aunque de desearse, los instrumentos no se aplican a una población similar a la del estudio, ya que la única representante del sector público nivel II de complejidad del Municipio de Popayán, es la Institución a la que se le aplica la presente investigación.

3.4.3 Instructivos de los Instrumentos de Recolección de datos

3.4.3.1 Comité de Historias Clínicas

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS

1. **Título del Proyecto:** Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.
2. **Objetivo General:** Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 001043 del 3 de abril de 2006.

3. Este instrumento será diligenciado por las coinvestigadoras del proyecto, estudiantes de VIII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca:
 - Diana Rocio Aguirre Guerrero
 - Laura Cristina Martínez Sevilla
 - Yaniohts Mariana Vélez Urbano
4. A partir de la revisión bibliográfica referente al tema de Investigación que incluye, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y Normatividad Vigente para Comités de Obligatoria Constitución de interés para esta investigación, se obtienen una serie de criterios evaluables mediante lista de chequeo que será diligenciada con la ayuda e información obtenida por parte de los integrantes de cada comité y la documentación correspondiente al mismo.
5. El instrumento se encuentra dividido en 2 partes:
 - Sección A:
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN, (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006); criterios aplicables al comité de Historias Clínicas.
 - Sección B:
RESOLUCIÓN 1995 DE 1999, 08 Julio, Ministerio De Salud, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
6. Cada Sección contiene sus propios criterios de evaluación.

Los ítems de evaluación para cada criterio, serán:

- **C: Cumple.** Cuando el criterio se cumpla correcta y completamente.
- **NC: No Cumple.** Cuando el criterio se cumpla de manera parcial o no se cumpla.
- **NA: No Aplica.** Cuando el criterio no sea evaluable, ya que no es obligación poseerlo o las condiciones no lo requieren.
- **Observaciones:** En caso de encontrarse información relevante para esta investigación, se harán anotaciones pertinentes. En caso de que el criterio sea evaluado como “NC” o “NA” siempre llevará una Observación que justifique dicha estimación.

7. Cada criterio tendrá un puntaje máximo y un puntaje mínimo de evaluación, así:
- Si **C**, se asigna el puntaje correspondiente al criterio de la sección evaluada (Puntajes asignados en las tablas del punto 9.). Observación electiva.
 - Si **NC**, el puntaje asignado será 0 (cero) puntos y será contabilizado dentro de la tabulación. Observación Obligatoria.
 - Si **NA** = Estará acompañado de una observación obligatoria. El criterio no obtendrá puntos y no será contabilizado en la tabulación final, así que no afectará el conteo.
8. La puntuación asignada para cada criterio según sección, será el siguiente:
- Para la Sección A:

Cuadro 1. Sección A, Valor de Criterios de Evaluación del Manual Único De Estándares Y De Verificación, Aplicables al Comité de Historias Clínicas.

Manual Único De Estándares Y De Verificación (Anexo Técnico No. 1 De La Resolución No. 1043 De 3 De Abril De 2006)	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como “CUMPLIDO”.
	6.1	9
	6.4	9
	6.5	9
	6.7	9
	6.12	9
	6.13	8
	6.16	8
	6.17	9
	TOTAL PUNTOS	70

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

➤ Para la Sección B:

Tabla 3. Sección B, Valor de Criterios de Evaluación del Decreto 1995 De 1999, Aplicable al Comité de Historias Clínicas.

	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como "CUMPLIDO").
Decreto 1995 De 1999 Ministerio De Salud, Historias Clínicas.	1.1	4
	1.2	1
	1.3	2
	2.1	2
	2.2	2
	2.3	1
	2.4	1
	3.1	1
	3.2	1
	4.1	2
	4.2	2
	4.3	2
	4.4	2
	5.1	1
	5.2	1
	5.3	1
	6.1	2
6.2	2	
	TOTAL PUNTOS	30

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

En definitiva se obtiene 100 puntos, 70 en la sección A y 30 en la sección B del instrumento, correspondiente al 70% y al 30 % respectivamente.

1. La evaluación del instrumento por secciones, será con la siguiente tabla estandarizada, después de obtener por sumatoria una puntuación definitiva de cada sección:

Tabla 4. Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas, según SOGCS y la normatividad vigente para él.

<u>Comité De Historias Clínicas</u>	Puntos Totales	Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas, según SOGCS y la normatividad vigente para él.
Manual Único De Estándares Y De Verificación (Anexo Técnico No. 1 De La Resolución No. 1043 De 3 De Abril De 2006) Decreto 1995 De 1999 Ministerio De Salud, Historias Clínicas.	61 – 70	Excelente
	41 – 60	Bueno
	21 – 40	Regular
	0 - 20	Malo
	26 – 30	Excelente
	16 – 25	Bueno
	6 – 15	Regular
	0 -5	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

2. La evaluación final del instrumento de Comité de Vigilancia Epidemiológica (100%), será con la siguiente tabla:

Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al <u>Comité de Historias Clínicas</u>, según SOGCS y la normatividad vigente para él.	78 - 100	Excelente
	52 – 77	Bueno
	25 – 51	Regular
	1 – 25	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

...Véase Anexo A Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Historias Clínicas...

3.4.3.2 Comité de Vigilancia Epidemiológica

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. **Título del Proyecto:** Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, 2012.
2. **Objetivo General:** Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.
3. Este instrumento será diligenciado por las coinvestigadoras del proyecto, estudiantes de VIII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca:
 - Diana Rocio Aguirre Guerrero
 - Laura Cristina Martínez Sevilla
 - Yaniohts Mariana Vélez Urbano
4. A partir de la revisión bibliográfica referente al tema de Investigación que incluye, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y Normatividad Vigente para Comités de Obligatoria Constitución de interés para esta investigación, se obtienen una serie de criterios evaluables mediante lista de chequeo que será diligenciada con la ayuda e información obtenida por parte de los integrantes de cada comité y la documentación correspondiente al mismo.
5. El instrumento se encuentra dividido en 2 partes:
 - Sección A:
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN, (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006).
 - Sección B:
DECRETO 3518 DE 2006, 09 OCTUBRE, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

6. Cada Sección contiene sus propios criterios de evaluación.

Los ítems de evaluación para cada criterio, serán:

- **C: Cumple.** Cuando el criterio se cumpla correcta y completamente.
- **NC: No Cumple.** Cuando el criterio se cumpla de manera parcial o no se cumpla.
- **NA: No Aplica.** Cuando el criterio no sea evaluable, ya que no es obligación poseerlo o las condiciones no lo requieren.
- **Observaciones:** En caso de encontrarse información relevante para esta investigación, se harán anotaciones pertinentes. En caso de que el criterio sea evaluado como “NC” o “NA” siempre llevará una Observación que justifique dicha estimación.

7. Cada criterio tendrá un puntaje máximo y un puntaje mínimo de evaluación, así:

- Si **C**, se asigna el puntaje correspondiente al criterio de la sección evaluada (Puntajes asignados en las tablas del punto 9.). Observación electiva.
- Si **NC**, el puntaje asignado será 0 (cero) puntos y será contabilizado dentro de la tabulación. Observación Obligatoria.
- Si **NA** = Estará acompañado de una observación obligatoria. El criterio no obtendrá puntos y no será contabilizado en la tabulación final, así que no afectará el conteo.

8. La puntuación asignada para cada criterio según sección, será el siguiente:

Para la Sección A:

Tabla 2. Sección A, Valor de Criterios de Evaluación del Manual Único De Estándares Y De Verificación, Aplicables al Comité de Historias Clínicas.

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como “CUMPLIDO”).
(Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	1.106	30
	5.8	20
	5.59	20
	TOTAL PUNTOS	70

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

➤ Para la Sección B:

Tabla 3. Sección B, Valor de Criterios de Evaluación del Decreto 1995 De 1999, Aplicable al Comité de Historias Clínicas.

DECRETO 3518 DE 2006, Ministerio de la Protección Social. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como "CUMPLIDO").
	1.1	3
	1.2	1
	1.3	1
	2.1	2
	2.2	2
	2.3	1
	2.4	1
	3.1	1
	3.2	1
	4.1	2
	4.2	2
	4.3	2
	5.1	1
	5.2	1
	5.3	1
	6.1	2
	6.2	2
	6.3	2
	6.4	2
	TOTAL PUNTOS	30

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

En definitiva se obtiene 100 puntos, 70 en la sección A y 30 en la sección B del instrumento, correspondiente al 70% y al 30 % respectivamente.

9. La evaluación del instrumento por secciones, será con la siguiente tabla estandarizada, después de obtener por sumatoria una puntuación definitiva de cada sección:

<u>COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</u>	Puntos Totales	Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica, según SOGCS y la normatividad vigente para él.
	61 – 70	Excelente
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	41 – 60	Bueno
	21 – 40	Regular
	0 - 20	Malo
DECRETO 3518 DE 2006, Ministerio de la Protección Social. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	26 – 30	Excelente
	16 – 25	Bueno
	6 – 15	Regular
	0 -5	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

10. La evaluación final del instrumento de Comité de Vigilancia Epidemiológica (100%), será con la siguiente tabla:

Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al <u>Comité de Vigilancia Epidemiológica</u>, según SOGCS y la normatividad vigente para él.	78 - 100	Excelente
	52 – 77	Bueno
	25 – 51	Regular
	1 – 25	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

...**Véase Anexo B** Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Vigilancia Epidemiológica...

3.4.3.3 Comité de Infecciones Hospitalarias

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

1. **Título del Proyecto:** Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.
2. **Objetivo General:** Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.
3. Este instrumento será diligenciado por las coinvestigadoras del proyecto, estudiantes de VIII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca:
 - Diana Rocio Aguirre Guerrero
 - Laura Cristina Martínez Sevilla
 - Yaniohts Mariana Vélez Urbano
4. A partir de la revisión bibliográfica referente al tema de Investigación que incluye, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y Normatividad Vigente para Comités de Obligatoria Constitución de interés

para esta investigación, se obtienen una serie de criterios evaluables mediante lista de chequeo que será diligenciada con la ayuda e información obtenida por parte de los integrantes de cada comité y la documentación correspondiente al mismo.

5. El instrumento se encuentra dividido en 2 partes:

➤ Sección A:

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN, (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006).

➤ Sección B:

RESOLUCIÓN 073 DE 2008, ENERO 30, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, COLOMBIA. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias- IH para Bogotá D.C.

1. Cada Sección contiene sus propios criterios de evaluación.

Los ítems de evaluación para cada criterio, serán:

- **C: Cumple.** Cuando el criterio se cumpla correcta y completamente.
 - **NC: No Cumple.** Cuando el criterio se cumpla de manera parcial o no se cumpla.
 - **NA: No Aplica.** Cuando el criterio no sea evaluable, ya que no es obligación poseerlo o las condiciones no lo requieren.
 - **Observaciones:** En caso de encontrarse información relevante para esta investigación, se harán anotaciones pertinentes. En caso de que el criterio sea evaluado como “NC” o “NA” siempre llevará una Observación que justifique dicha estimación.
2. Cada criterio tendrá un puntaje máximo y un puntaje mínimo de evaluación, así:
- Si **C**, se asigna el puntaje correspondiente al criterio de la sección evaluada (Puntajes asignados en las tablas del punto 9.). Observación electiva.
 - Si **NC**, el puntaje asignado será 0 (cero) puntos y será contabilizado dentro de la tabulación. Observación Obligatoria.
 - Si **NA** = Estará acompañado de una observación obligatoria. El criterio no obtendrá puntos y no será contabilizado en la tabulación final, así que no afectará el conteo.

3. La puntuación asignada para cada criterio según sección, será el siguiente:

➤ Para la Sección A:

Tabla 2. Sección A, Valor de Criterios de Evaluación del Manual Único De Estándares Y De Verificación, Aplicables al Comité de Historias Clínicas.

	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como "CUMPLIDO").
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	2.8	9
	2.4	8
	2.5	8
	2.12	9
	2.13	9
	2.15	9
	2.17	9
	2.18	9
	TOTAL PUNTOS	70

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

➤ Para la Sección B:

Tabla 3. Sección B, Valor de Criterios de Evaluación del Decreto 1995 De 1999, Aplicable al Comité de Historias Clínicas.

	Código de Criterio	Valor en Puntos (Sí el criterio es catalogado como "CUMPLIDO").
--	---------------------------	--

	1.1	3
	1.2	1
	1.3	1
	1.4	1
	2.1	2
	2.2	1
RESOLUCIÓN 073 DE 2008, SECRETARIA Distrital de Salud de Bogotá, Colombia. INFECCIONES HOSPITALARIAS	2.3	1
	2.4	1
	3.1	1
	3.2	0.5
	4.1	2
	4.2	2
	4.3	2
	4.4	2
	5.1	0.5
	5.2	0.5
	5.3	0.5
	6.1	2
	6.2	2
	6.3	2
	6.4	2
		TOTAL
	PUNTOS	

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

En definitiva se obtiene 100 puntos, 70 en la sección A y 30 en la sección B del instrumento, correspondiente al 70% y al 30 % respectivamente.

4. La evaluación del instrumento por secciones, será con la siguiente tabla estandarizada, después de obtener por sumatoria una puntuación definitiva de cada sección:

<u>COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS</u>	Puntos Totales	Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias, según SOGCS y la normatividad vigente para él.
	61 – 70	Excelente
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN	41 – 60	Bueno
(Anexo Técnico No. 1 de la	21 – 40	Regular

Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	0 - 20	Malo
RESOLUCIÓN 073 DE 2008, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Colombia. INFECCIONES HOSPITALARIAS	26 – 30	Excelente
	16 – 25	Bueno
	6 – 15	Regular
	0 -5	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.



5. La evaluación final del instrumento de Comité de Infecciones Hospitalarias (100%), será con la siguiente tabla:

Cumplimiento de los Estándares de Calidad aplicables al <u>Comité de Infecciones Hospitalarias</u>, según SOGCS y la normatividad vigente para él.	78 - 100	Excelente
	52 – 77	Bueno
	25 – 51	Regular
	1 – 25	Malo

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

...**Véase Anexo C** Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Infecciones Hospitalarias.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

	<p style="text-align: center;">Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Enfermería</p> <p style="text-align: center;">Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.</p> <p style="text-align: center;">Proyecto de Investigación</p>	
---	--	---

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Título del Proyecto: Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

Objetivo del Proyecto: Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

Asesorado por la Enfermera Clara Imelda Torres Artunduaga, egresada de la Universidad de Antioquia, Especialista en Gerencia Social de la universidad ESAP en convenio con la Universidad del Cauca; actualmente labora como docente de planta, en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca. Las coinvestigadoras son: Diana Rocio Aguirre Guerrero, Laura Cristina Martínez Sevilla y Yanioths Mariana Vélez Urbano, estudiantes de VIII semestre del Programa de Enfermería, desarrollan el presente proyecto en la asignatura Investigación II.

Se ha planteado un estudio descriptivo, cuantitativo de corte trasversal, que permitirá examinar de manera numérica, los datos obtenidos en un solo momento temporal. Se plantea la recolección de la información en un periodo de 1 mes, Mayo de 2012. Estos datos se obtendrán mediante la aplicación de listas de chequeo y entrevista realizada a los integrantes y revisión de documentos de los Comités de Obligatoria Constitución y de interés para esta investigación, correspondientes a:

- Comité de Historia Clínica, Resolución 1995/99 Ministerio de Salud.

- Comité de Vigilancia Epidemiológica, Decreto 3518/06 Ministerio de la Protección Social.
- Comité de Infecciones Intrahospitalarias, **Resolución 073 del 30 de enero de 2008, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.**

Ya que esta investigación es sin riesgo, puesto que se emplean técnicas y métodos con los cuales no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, ni se tratan aspectos sensitivos de la conducta de los individuos que participan en el estudio; no se requiere de un consentimiento informado. La investigación se iniciará después de obtener el permiso de los entes directivos de las Instituciones de Salud, personas jurídicas seleccionadas como muestra para realizar la intervención en los comités de interés, tanto en sus documentos como integrantes.

El desarrollo de ésta investigación se regirá por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científico, técnico, administrativas para la investigación en salud, y las pautas éticas internacionales, de las que se acogen los principios éticos fundamentales de autonomía, respeto a las personas, beneficencia y no maleficencia.

1. El principio de “**autonomía**”, se aplicará mediante la solicitud de la autorización en las instituciones de salud, para poder obtener los datos mediante la aplicación de listas de chequeo, entrevista realizada a los integrantes y revisión de documentos de los Comités de Obligatoria Constitución y de interés para esta investigación, correspondientes a:

- Comité de Historia Clínica, Resolución 1995/99 Ministerio de Salud.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica, Decreto 3518/06 Ministerio de la Protección Social.
- Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Resolución 073 del 30 de enero de 2008, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

2. El principio de “**Beneficencia**”, se protegerá la opinión de los participantes en tanto, no constituya un riesgo para ellos o las Instituciones a las que pertenecen; se garantizará la confidencialidad y privacidad a su identificación y opinión limitando su uso exclusivamente al tiempo que dure la investigación. Los datos recolectados serán codificados para evitar un uso inadecuado de ellos y posteriormente destruidos al término del estudio. La beneficencia representa la posibilidad de usar los hallazgos al final de la investigación para generar una serie de recomendaciones que permita la construcción conjunta de los planes de acción con respecto a la operacionalización de los Comités de Obligatoria Constitución de interés en esta investigación.

3. El principio de “**no maleficencia**”, la investigación está catalogada como un estudio *sin riesgo*, sin embargo, no obsta para conservar el rigor ético, por lo cual se adopta la Norma Técnica Colombiana, NTC-ISO 19011 que establece las Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o ambiental.

PRINCIPIOS DE AUDITORÍA

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios. Éstos hacen de la auditoría una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a esos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes, y para permitir a los auditores trabajar independientemente entre sí para alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares.

Los principios siguientes se refieren a los auditores.

- a) **Conducta ética:** *el fundamento de la profesionalidad.* La confianza, integridad, confidencialidad y discreción son esenciales para auditar.
- b) **Presentación ecuánime:** *la obligación de informar con veracidad y exactitud.* Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría reflejan con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría.
- c) **Debido cuidado profesional:** *la aplicación de diligencia y juicio al auditar.* Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas.

Los principios que siguen se refieren a la auditoría, la cual es por definición independiente y sistemática.

- d) **Independencia:** *la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría.* Los auditores son independientes de la actividad que es auditada y están libres de sesgo y conflicto de intereses. Los auditores mantienen una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados sólo en la evidencia de la auditoría.
- e) **Enfoque basado en la evidencia:** *el método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría, fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático.* La evidencia de la auditoría es verificable. Está basada en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado y con recursos finitos. El uso apropiado del muestreo está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar la información, se construye un instrumento a manera de lista de chequeo para cada Comité Obligatorio de Interés para el Proyecto.

3.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se evalúa sección por sección, teniendo especial cuidado de la puntuación que recibe cada ítem al ser cumplido y se hace una sumatoria final que se lleva a las tablas estandarizadas de resultados respectivas y así se obtiene finalmente un resultado final de cumplimiento según el caso. Se tiene muy en cuenta las observaciones dadas en la recolección de datos sobre todo en aquellos casos donde es necesario reforzar los aspectos incumplidos.

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

6.1.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación aplicables al Comité de Historias Clínicas

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	6.1	9
	6.4	9
	6.5	9
	6.7	9
	6.12	9
	6.13	8
	6.16	8
	6.17	9
	TOTAL PUNTOS	70
	CUMPLIMIENTO	Excelente

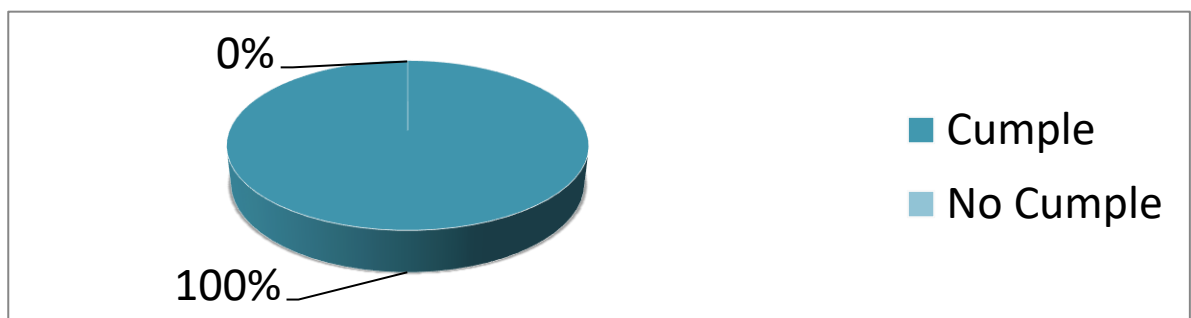
Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

CUMPLE 6.1	Todos los pacientes atendidos en el Hospital Susana López de Valencia tienen historia clínica y a todo usuario por primera vez se le realiza el proceso de apertura de historia clínica.
CUMPLE 6.4	En el Hospital Susana López de Valencia, las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
CUMPLE 6.5	En el Hospital Susana López de Valencia, se tienen definidos los procedimientos que garantizan la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
CUMPLE 6.7	En el Hospital Susana López de Valencia se ha sistematizado la historia clínica, sin embargo, en el laboratorio la papelería de consentimientos está en físico y en cuanto a los consentimientos informados de las Historias Clínicas, de los procedimientos, etc., el diligenciamiento se hace en físico, la copia se guarda en una carpeta en el archivo junto con partograma, registro anestésico, papelería de código rojo, exámenes de laboratorio particulares, ecografías, monitorias, TAC, etc. Documentación que por su complejidad no se pueden computarizar.
CUMPLE 6.12	Actualmente se utiliza un equipo que no daña las placas, por ello no hay necesidad de llevar registros de placas dañadas, en

	cuanto a la exposición a la radiación, a cada persona expuesta, se le mide la dosis de radiación mensualmente, esto se envía para análisis a Bogotá y de allá envían los resultados cada mes.
CUMPLE 6.13	Con la historia clínica sistematizada, una vez grabada, es inmodificable en su contenido y cronología. Además de ello se hace una copia en CD de las Historias Clínicas cada 8 horas. En cuanto a los registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera se hacen en medio físico y se dejan en una carpeta en la coordinación y en el laboratorio de Hemoderivados.
CUMPLE 6.16	La Historia Clínica sistematizada cuenta con registros asistenciales muy detallados: -Clasificación sistematizada de Triage, que especifica datos personales, motivo de consulta, servicio al que se dirige, urgencia de atención por colores y tiempo de espera después de ser clasificado. -Después de ingresar a consultorio y ser atendido, se abre una Historia Clínica donde el médico de ser necesario solicita los exámenes requeridos y clasifica la necesidad de los resultados.
CUMPLE 6.17	Los registro de cada una de las pruebas y/o exámenes realizados en el servicio son sistemátizados. La solicitud de reserva de sangre y sus componentes se hace en medio físico, mediante el diligenciamiento de formatos.

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

Gráfica 1. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación para el Comité de Historias Clínicas



Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

6.1.2 Análisis de resultados del Decreto 1995 de 1999, Ministerio de Salud

DECRETO 1995 de 1999 MINISTERIO DE SALUD	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	1.1	4
1.2	1	
1.3	0	
2.1	2	
2.2	0	
2.3	1	
2.4	1	
3.1	1	
3.2	1	
4.1	0	
4.2	2	
4.3	2	
4.4	2	
5.1	1	
5.2	1	
5.3	1	
6.1	2	
6.2	2	
TOTAL PUNTOS	24	
CUMPLIMIENTO	Bueno	

Fuente Proyecto de Investigación. Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012.

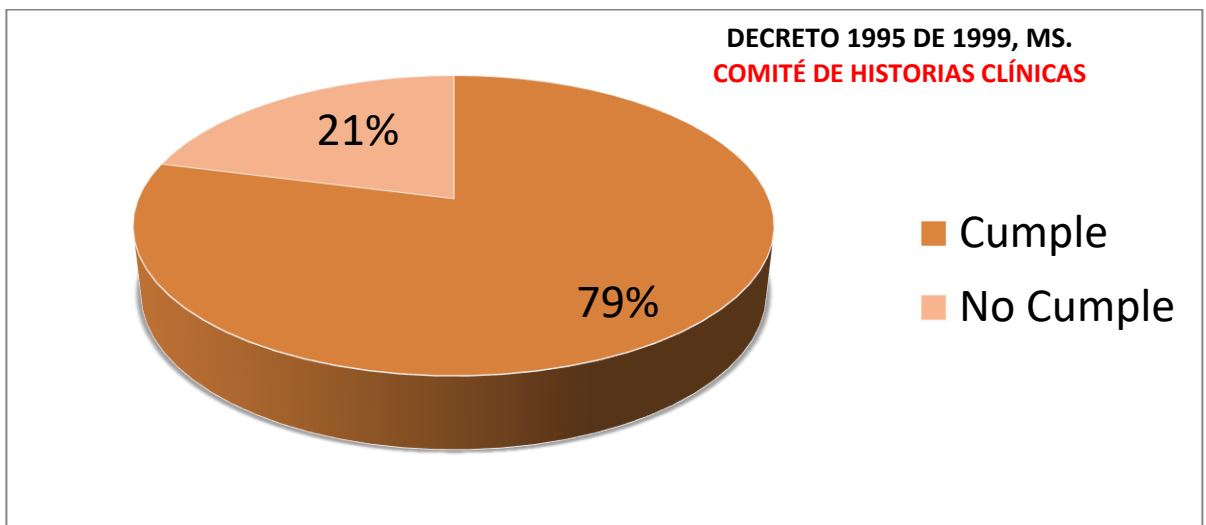
CUMPLE 1.1	La institución cuenta con un manual de Historia Clínica sistematizada, este se encuentra en la página web de la Institución a disposición de cualquier persona y contiene de manera detallada y clara la forma de manejo de los computadores y la Historia Clínica, además que cuando un nuevo trabajador se vincula a la Institución recibe una rigurosa inducción acerca de la Historia clínica sistematizada.
CUMPLE 1.2	La Historia Clínica sistematizada cuenta con registros asistenciales muy detallados: -Clasificación sistematizada de Triage, que especifica datos personales, motivo de consulta, servicio al que se dirige, urgencia de atención por colores y tiempo de espera después de ser clasificado. -Plan manejo intrahospitalario y extrahospitalario. Además en la Historia Clínica se encuentra la siguiente división:

	<ul style="list-style-type: none"> -Información general -Diagnóstico. -Tratamiento. -Medicamentos -Solicitudes y procedimientos. -Otros procedimientos: información para el egreso, signos alarma, próxima cita, medicamentos, ejercicio, alimentación, etc.
NO CUMPLE 1.3	El mismo sistema de Historias Clínicas es muy estricto en su diligenciamiento, ya que la mayoría de los ítems por importancia, son obligatorios y si no se registran, el sistema no avanza. Sin embargo, la auditoria de Historias Clínicas, se realizó trimestralmente hasta diciembre, ahora no por falta de Auditor.
CUMPLE 2.1	Resolución 833 del 14 de agosto de 2007, unifica los diferentes actos administrativos que se han expedido para garantizar el adecuado funcionamiento del comité de Auditoria Médica y de Historias Clínicas.
NO CUMPLE 2.2	Los integrantes no están definidos por resolución interna.
CUMPLE 2.3	Los integrantes están asignados de acuerdo al conocimiento y perfil para intervenir y tomar decisiones, las personas en los siguientes cargos son los integrantes del comité: <ul style="list-style-type: none"> -Subdirector científico -Gerente -Médico coordinador del área de hospitalización -Médico coordinador de los servicios ambulatorios -Auditor médico -Enfermero coordinador -Jefe de información -Un profesional de la salud de la oficina de planeación y calidad -Coordinadores de cada especialidad cuando los temas lo ameriten.
CUMPLE 2.4	Los miembros del comité velan por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.
CUMPLE 2.5	Generalmente en todas las reuniones hay un invitado. (Si alguien tiene algún inconveniente se le invita para ser resuelto.)
CUMPLE 3.1	Existe un cronograma anual donde se especifica que el Comité de Historias Clínicas y Auditoria Médica, debe reunirse el primer martes de cada mes.
CUMPLE	Los integrantes reciben el cronograma por medio físico y/o

3.2	magnético.
NO CUMPLE 4.1	-No se ha adoptado la Resolución 1995 de 1999. -Pero velan entre sus funciones por desarrollar todos los componentes del SOGCS.
CUMPLE 4.2	Cada reunión se da un informe general acerca del correcto diligenciamiento y funcionamiento de las Historias Clínicas sistematizadas.
CUMPLE 4.3	El gerente y el subdirector científico hacen parte del Comité, así en cada reunión quedan informados acerca de las problemáticas y mejoras presentadas y requeridas. Hacen parte activa de las decisiones.
CUMPLE 4.4	La Historia Clínica actual, se encuentra sistematizada en su totalidad, proceso que inicio en 2009 y ha sufrido las necesarias actualizaciones; a ella están ligados las guías médicas de enfermedades, así cuando se diagnostica alguna enfermedad de las que está en la guía, la Historia Clínica automáticamente sugiere su manejo para cumplir con los estándares. -Las guías pueden ser consultadas en cualquier momento, en cualquier computador de la institución. -El manual de manejo y el manual de procedimiento de control de Historias Clínicas y registros asistenciales, se encuentran en la página web a disposición de cualquier persona.
CUMPLE 5.1	El acta es enviada con anticipación a los correos de los integrantes del comité, se lee y se hacen objeciones necesarias en reunión.
CUMPLE 5.2	En cada reunión se realiza descripción del cumplimiento de las tareas y así mismo queda consignado en el acta.
CUMPLE 5.3	Al finalizar la reunión se hace una descripción detallada de las tareas asignadas, donde se especifica el responsable y se da como fecha límite la siguiente reunión del comité, donde se verificará su cumplimiento.
CUMPLE 6.1	La institución tiene definidos los procedimientos que garantizan la privacidad, obligatoriedad y reserva de la historia; esto se encuentra especificados en el documento "Procedimiento de Control de HC y Registros Asistenciales". Se encuentra en la página web de la Institución a disposición de cualquier persona. -Para ingresar sistemáticamente a una Historia Clínica, se debe estar autorizado con un registro institucional, de esta manera queda registrado quien verifica la Historia Clínica y quien la imprime en el caso de hacerlo
CUMPLE	La institución cuenta con formatos que permiten registrar

<p>6.2</p>	<p>los criterios científicos sobre el estado de salud del paciente en la historia clínica, de forma evidenciada, lógica, clara y completa.</p> <p>La Historia Clínica sistematizada cuenta con registros asistenciales muy detallados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clasificación sistematizada de Triage, que especifica datos personales, motivo de consulta, servicio al que se dirige, urgencia de atención por colores y tiempo de espera después de ser clasificado. -Plan manejo intrahospitalario y extrahospitalario. <p>Y tiene los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información general -Diagnóstico. -Tratamiento. -Medicamentos -Solicitudes y procedimientos. -Otros procedimientos: información para el egreso, signos alarma, próxima cita, medicamentos, ejercicio, alimentación, etc.
-------------------	--

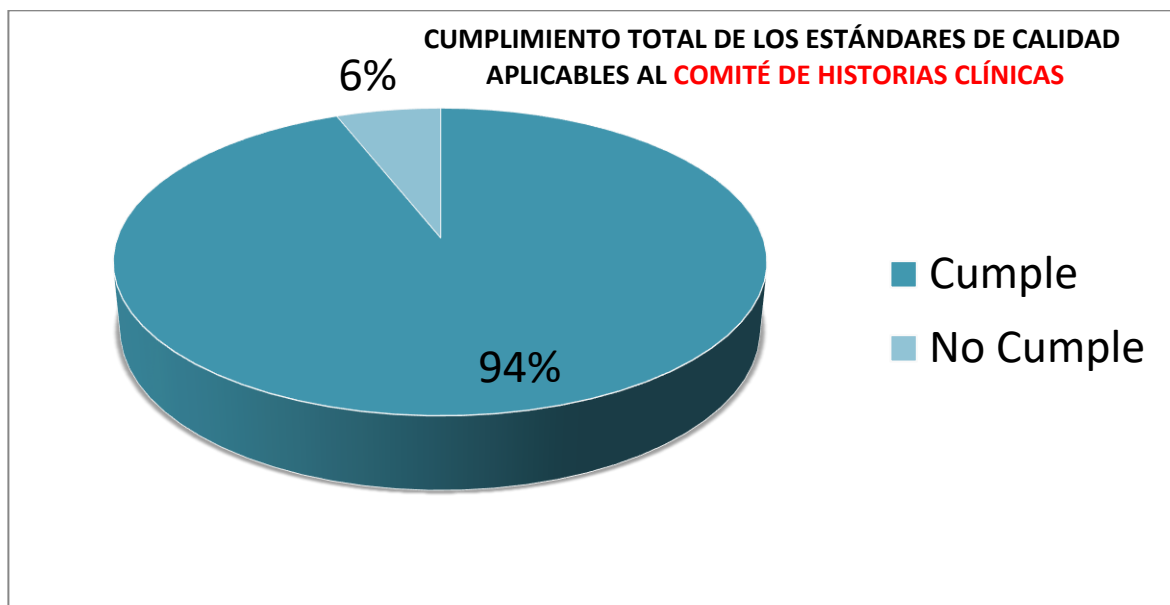
Grafica 2. Distribución porcentual de cumplimiento del Decreto 1995 de 1999, Ministerio de Salud



6.1.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas

<u>COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS</u>	Puntos Totales	CUMPLIMIENTO
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN	70	Excelente
DECRETO 1995 DE 1999 Ministerio De Salud	24	Bueno
Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité Historias Clínicas.	94	Excelente

Gráfica 3. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Historias Clínicas



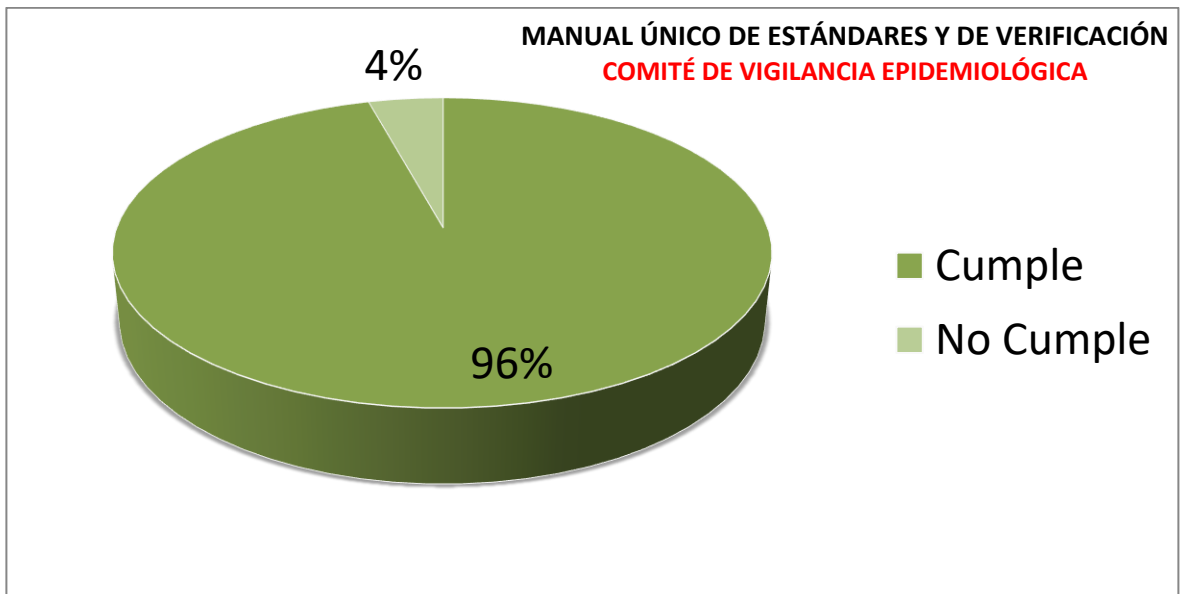
6.2 COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.2.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación Aplicable al Comité de Vigilancia Epidemiológica

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	1.106	30
	5.8	20
	5.59	0
	TOTAL PUNTOS	50
CUMPLIMIENTO	Bueno	

CUMPLE 1.106	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II cuenta con una profesional de la salud con postgrado en epidemiología.
CUMPLE 5.8	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II tiene implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional protocolizadas mediante unas guías institucionales de las siguientes enfermedades de notificación obligatoria: Dengue, AH1N1, Cólera y Tuberculosis. Se realizó de estas enfermedades, ya que son por las que a nivel Departamental y Nacional se activaron alertas. Para las demás enfermedades de notificación obligatoria se usan los lineamientos nacionales.
NO CUMPLE 5.59	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II vigilaba el cumplimiento de los protocolos institucionales hasta diciembre de 2011, debido a la falta de personal el año en transcurso no lo ha realizado, adicional a ello nunca se ha hecho verificación del uso de los protocolos nacionales en las demás enfermedades de notificación obligatoria para las que no se tiene una guía institucional.

Gráfica 4. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación Aplicable al Comité de Vigilancia epidemiológica



6.2.2 Análisis de resultados del Decreto 3518 de 2006 de 09 de octubre, Ministerio de la Protección Social.

	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	DECRETO 3518 DE 2006, 09 OCTUBRE, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.	1.1
1.2		1
1.3		0
2.1		2
2.2		0
2.3		1
2.4		1
3.1		1
3.2		1
4.1		0
4.2		2
4.3		0
5.1		1
5.2		1
5.3		1
6.1		2
6.2		2
6.3		2
6.4		2
TOTAL PUNTOS		23

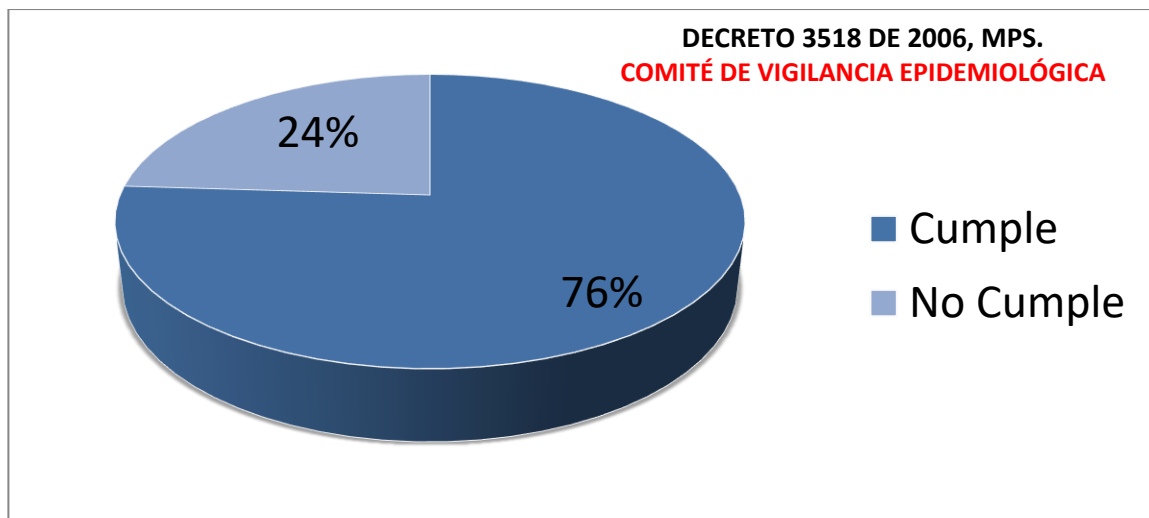
	CUMPLIMIENTO	Bueno
--	---------------------	--------------

CUMPLE 1.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II cuenta con un manual, llamado "Lineamientos para la Vigilancia y el Control de Eventos de Interés en Salud Pública" donde se especifica: las enfermedades de Notificación Obligatoria, proceso de confirmación, muestras, toma y embalaje de las mismas, investigación respectiva de los casos y periodicidad de la notificación obligatoria.
CUMPLE 1.2	Al personal de salud se le han realizado capacitaciones respecto al contenido del manual de Vigilancia Epidemiológica programándose capacitaciones que son enviadas vía correo electrónico, para su posterior desarrollo, evidenciado en presentaciones en Power Point, listados de asistencia y pretest y postest.
NO CUMPLE 1.3	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II elabora guías institucionales de las siguientes enfermedades de notificación obligatoria: Dengue, AH1N1, Cólera y Tuberculosis.
CUMPLE 2.1	El comité tiene una Resolución o Decreto institucional de creación del mismo el cual es Resolución 0358 de 26 de abril de 2011 en la cual el gerente haciendo uso de sus atribuciones legales, resuelve la conformación del Comité de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales y establece sus respectivos lineamientos, para dar cumplimiento a la normatividad vigente. Toman como referente principal el decreto 3518 de 2006, además de las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007.
NO CUMPLE 2.2	La resolución 0358 de 26 de abril de 2011 especifica en su artículo tercero los integrantes del comité según el cargo que ocupen en la Institución, pero no se asignan con nombre propio.
CUMPLE 2.3	Los integrantes están asignados de acuerdo a los siguientes cargos (Resolución 0358 de 26 de abril de 2011): <ul style="list-style-type: none"> -Subdirector Científico -Médica Epidemióloga -Ingeniero SIVIGILA -Médico Coordinador consulta Externa -Bacterióloga -Enfermero Coordinador UCI Pediatría -Enfermera Planeación -Coordinador Estadística -Médico Coordinador Hospitalización -Enfermera Coordinadora Urgencias

	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermero Coordinador Consulta Externa -Químico farmacéutico -Enfermera Coordinación General Enfermería -Pediatra Coordinadora Pediatría -Ginecóloga Coordinadora Ginecología -Enfermera Coordinadora Quirófanos
CUMPLE 2.4	El comité cuenta con la posibilidad de tener invitados para análisis o investigaciones cada vez que el tema de análisis lo amerite.
CUMPLE 3.1	Existe un cronograma anual donde se especifica que el Comité de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales debe reunirse el tercer miércoles de cada mes, después de finalizada la reunión del Comité de Infecciones Hospitalarias.
CUMPLE 3.2	Los integrantes del comité tienen y conocen dicho cronograma debido a que cada líder de proceso lo conoce al iniciar el año, los integrantes lo reciben por medio magnético.
NO CUMPLE 4.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II adoptó, implementó y vigiló el cumplimiento por parte del personal de guías, para la Vigilancia Epidemiológica adecuada de las enfermedades de Notificación Obligatoria que se tenían, esto se llevo a cabo hasta diciembre de 2011. Nunca se ha hecho verificación del uso de los protocolos nacionales en las demás enfermedades de notificación obligatoria para las que no se tiene una guía institucional.
CUMPLE 4.2	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II analiza epidemiológicamente la información sobre morbilidad, mortalidad y sus factores condicionantes de eventos notificados especificado en las actas mensuales.
NO CUMPLE 4.3	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II Implementó procesos de información a través de charlas, carteleras, folletos, capacitaciones dirigidos a usuarios internos y externos sobre las enfermedades de Notificación Obligatoria especialmente signos de alarma para cada una, en un lenguaje claro y sencillo de entender, de manera rotatoria. Pero actualmente no se hace ninguna de estas actividades.
CUMPLE 5.1	Antes de la reunión mensual del comité se envía el acta con anticipación a los correos de los integrantes del comité para que la revisen previamente, en el momento de la reunión se verificar tareas asignadas a los integrantes del comité.
CUMPLE 5.2	En cada reunión del comité se realiza descripción del cumplimiento de las tareas y así mismo queda consignado en el acta.
CUMPLE 5.3	Al finalizar la reunión del comité se hace una descripción detallada de las tareas asignadas, donde se especifica el

	responsable y se da como fecha límite la siguiente reunión del comité, donde se verificará su cumplimiento.
CUMPLE 6.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II presenta a las entidades de vigilancia y control (Secretaría de Salud Municipal y Departamental del Cauca), informes periódicos sobre las actividades de Vigilancia Epidemiológica realizadas en la Institución.
CUMPLE 6.2	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II efectúa notificación inmediata y obligatoria de los brotes emergentes que así lo requieren.
CUMPLE 6.3	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II efectúa notificación obligatoria en la periodicidad que cada enfermedad lo requiere.
CUMPLE 6.4	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II Establece programas de Vigilancia Epidemiológica inmediatos en caso de brotes. Por ello existen las guías institucionales de Dengue, AH1N1, Cólera y Tuberculosis.

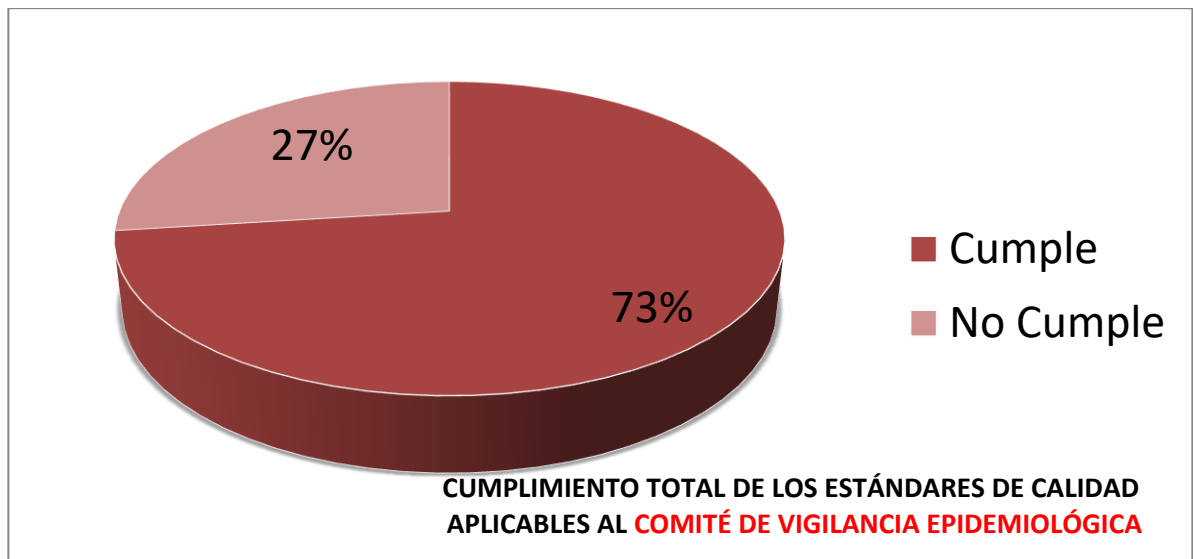
Gráfica 5. Distribución porcentual de cumplimiento de Decreto 3518 de 2006 de 09 de octubre, Ministerio de la Protección Social



6.2.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica

<u>COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</u>	Puntos Totales	CUMPLIMIENTO
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN	50	Bueno
DECRETO 3518 DE 2006, 09 OCTUBRE, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.	23	Bueno
Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica.	73	Bueno

Gráfica 6. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Vigilancia Epidemiológica



6.3 COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

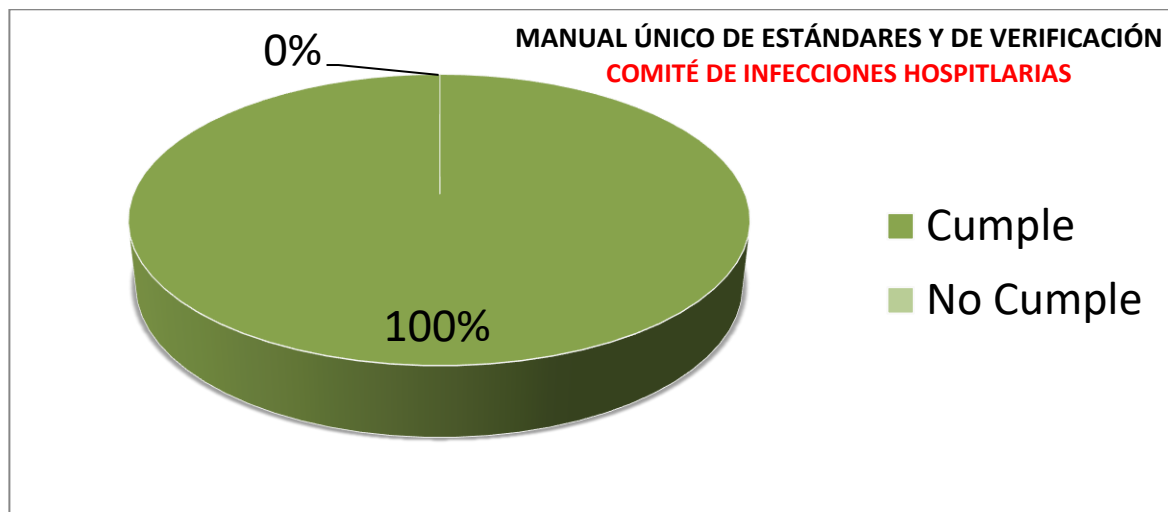
6.3.1 Análisis de resultados del Manual Único de Estándares y de Verificación Aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	2.8	9
	2.4	8
	2.5	8
	2.12	9
	2.13	9
	2.15	9
	2.17	9
	2.18	9
	TOTAL PUNTOS	70
CUMPLIMIENTO	Excelente	

CUMPLE 2.8	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II, los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación (pintura de paredes hipóxica, paredes de media caña lavable). Adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios están separados con barreras físicas.
CUMPLE 2.4	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, y en las demás donde se realizan procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables (pintura de paredes hipóxica, paredes de media caña lavable), sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.
CUMPLE 2.5	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II garantiza mecanismos de aseo, tales como pocetas y el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.
CUMPLE 2.12	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios, cuenta con acceso restringido, debida señalización, con elementos que impiden el acceso a vectores y roedores.
CUMPLE 2.13	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II, los servicios de hospitalización, urgencias, Unidad de Cuidados

	Intensivos de adultos, pediátrico y neonatal, cuentan con un depósito de cadáveres con buena ventilación.
CUMPLE 2.15	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II, en los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. En áreas de circulación compartidas se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados, compresores, carros de comida etc.
CUMPLE 2.17	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II, en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, Adulto y Pediátrico, están delimitadas con los ambientes correspondientes.
CUMPLE 2.18	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II se manejan dos pacientes agudos por cada habitación y 4 pacientes subagudos por cada habitación. Cada servicio hospitalario y sus respectivas divisiones (cuartos, consultorios, salas, estaciones) tienen lavamanos, dispensador de jabón líquido, baño exclusivo con los utensilios respectivos, y recipientes de desechos del color correspondiente.

Gráfica 7. Distribución porcentual de cumplimiento del Manual Único de Estándares y de Verificación



6.3.2 Análisis de resultados de la Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia

RESOLUCIÓN 073 DE 2008 Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia	Código de Criterio	Valor Obtenido en Puntos
	1.1	0
	1.2	0
	1.3	1
	1.4	1
	2.1	2
	2.2	0
	2.3	1
	2.4	1
	3.1	1
	3.2	0.5
	4.1	0
	4.2	2
	4.3	2
	4.4	2
	5.1	0.5
	5.2	0.5
	5.3	0.5
	6.1	2
	6.2	2
6.3	2	
6.4	2	
TOTAL PUNTOS	23	
CUMPLIMIENTO	Bueno	

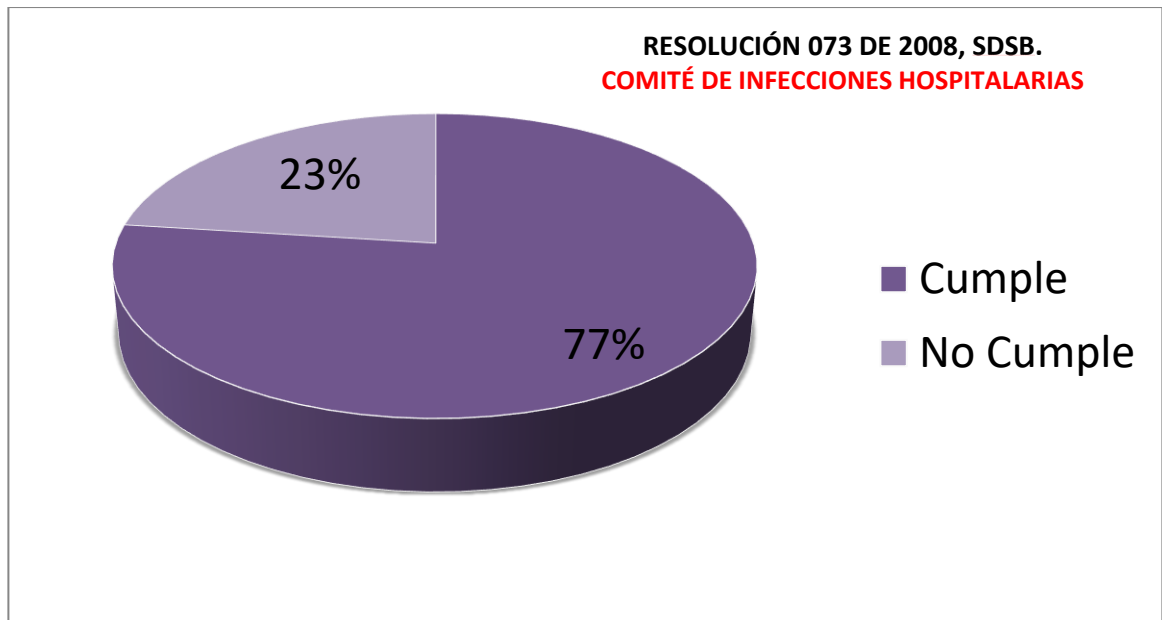
NO CUMPLE 1.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II, no cuenta con un Manual de Infecciones hospitalarias propias de dicha Institución, pero tiene un manual para enfermería llamado “Criterios de definición de Infecciones Intrahospitalarias”, donde se especifican los criterios de inclusión para las diferentes infecciones nosocomiales. Adaptada del nivel nacional al institucional y para el personal medico existen guías médicas llamadas “Guías de Manejo Diagnóstico y Terapéutico”, en la carpeta de consenso de especialidades, que incluye definición, prevalencia global, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, examen físico, diagnóstico diferencial, clasificación, tratamiento y medicamentos aliviadores, medicamentos controladores, medidas
--------------------------	--

	generales, tratamiento específico, criterios para manejo en urgencias, recomendaciones al egreso, criterios de hospitalización en UCI, flujograma de manejo, entre otros más o menos según patología.
NO CUMPLE 1.2	Debido a la ausencia del manual no hay capacitaciones al respecto.
CUMPLE 1.3	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II elabora documentos técnicos como el Manual para Enfermería, llamado “Criterios de definición de Infecciones Intrahospitalarias”, donde se especifican los criterios de inclusión para las diferentes infecciones nosocomiales y Guías médicas llamadas “Guías de Manejo Diagnóstico y Terapéutico”, en la carpeta de consenso de especialidades, donde se evidencian los siguientes protocolos: -Lavado de manos. -Bioseguridad. -Normas de Aislamiento. -Desinfección.
CUMPLE 1.4	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II realiza el seguimiento y evaluación Institucional de la implementación de la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones hospitalarias. Esta se hace de dos maneras: vigilancia activa, al recibir turno por los diferentes servicios y analizando la posible presencia de casos de infecciones y se realiza Vigilancia pasiva en el sistema y alarma del mismo ante posibles casos además el laboratorio da un reporte diario de los microorganismos que se presentan y que posiblemente están generando resistencia, igualmente se realizan vigilancia a las siguientes actividades: -Lavado de manos (se mide adherencia antes de las campañas, después se lanzan 2 campañas, una en marzo y otra en octubre), para personal asistencial y cliente externo. -Se mide el uso de alcohol glicerinado y consumo de jabón. -Se verifica la aplicación de las normas de aislamiento. -Se cambia cada cierto tiempo, los desinfectantes para que los microorganismos no desarrollen resistencia a los mismos.
CUMPLE 2.1	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II el comité tiene la Resolución 186 del 19 de abril de 2004, en la cual el gerente en uso de sus atribuciones legales, modifica la resolución 123 del 8 de mayo de 1996 en la cual se había creado el comité de infecciones. Con el fin de hacer el

	comité más integral y participativo se incluyen áreas indispensables para analizar y aportar información epidemiológica de las infecciones y se amplían sus funciones. Se crea un subcomité de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones intrahospitalarias, para iniciar con el establecimiento de la vigilancia epidemiológica la que permite evaluar la magnitud y las características de las infecciones a través de la definición de las necesidades y del impacto de las medidas en aplicación a esta motivación.
NO CUMPLE 2.2	La resolución 186 del 19 de abril de 2004 especifica en su artículo primero los integrantes del comité según cargo en la Institución más no los asigna con nombre propio.
CUMPLE 2.3	Los integrantes del comité son idóneos para este, debido a que asigna al personal que se encuentra en los siguientes cargos: -Subdirector Científico. -Subdirector Administrativo -Jefe de Mantenimiento -Un Representante de Servicios Generales -El Jefe de Estadística -Un representante de los médicos -Un representante de Central de Materiales -Un representante de Quirófanos. -Coordinación de Enfermería -Un representante de Laboratorio.
CUMPLE 2.4	En el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II el comité cuenta con la posibilidad de tener invitados para análisis o investigaciones, cada vez que el tema de análisis lo amerite.
NO CUMPLE 3.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II tiene definido un cronograma anual donde se especifica que el Comité de Infecciones Hospitalarias debe reunirse el tercer miércoles de cada mes, antes de la reunión del Comité de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales.
CUMPLE 3.2	A cada integrante se le manda el cronograma por medio magnético para su conocimiento.
NO CUMPLE 4.1	El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. nivel II No se ha vigilado la adherencia al manual de Enfermería ni la adherencia al manual de guías médicas, porque son de reciente consenso e implementación.
CUMPLE 4.2	Los productos utilizados para la desinfección son revisados con su ficha técnica y avalados por el comité de infecciones. Los productos desinfectantes se revisan con el ingeniero ambiental y los proveedores. La ficha incluye

	especificaciones técnicas, aplicaciones, beneficios y modo de uso.
CUMPLE 4.3	Se verifica mediante una lista de chequeo la desinfección la cual fue implementada hace un mes. Esta lista fue aprobada pero aún es sometida a cambios.
CUMPLE 4.4	La institución tiene implementada una campaña de lavado de manos (se mide adherencia antes de las campañas, después se lanzan 2 campañas, una en marzo y otra en octubre), para personal asistencial y usuario interno y externo. Establecida desde 2009. Existencia de presentaciones y listas de asistencia, además de una política educativa muy clara, dinámica y creativa.
CUMPLE 5.1	El acta anterior es enviada con anticipación a los correos de los integrantes del comité, se lee y se hacen objeciones necesarias en reunión.
CUMPLE 5.2	En cada reunión del comité se realiza una descripción del cumplimiento de las tareas estipuladas en el acta anterior y así mismo queda consignado en el acta del día.
CUMPLE 5.3	Al finalizar la reunión se hace una descripción detallada de las tareas asignadas, donde se especifica el responsable y se da como fecha límite la siguiente reunión del comité, donde se verificará su cumplimiento.
CUMPLE 6.1	En la reunión mensual se exponen los casos de infecciones identificadas por servicios, acciones que contribuyeron a que se generaran, acciones de mejora realizadas o pendientes de realizar como establecer cuáles fueron los casos externos y cuáles institucionales y se les clasifica en evitables y no evitables. Se socializa a los coordinadores de todas las áreas, mediante presentaciones, posteriormente se les envía al correo interno.
NO CUMPLE 6.2	No existe un programa de uso prudente de antibióticos, por el contrario se manifiesta su uso indiscriminado.
CUMPLE 6.3	Se realiza revisión diaria de cultivos y hemocultivos con gérmenes que presenten alguna clase de resistencia, paso a seguir se identifican casos que requieren seguimiento luego se les hace una relación epidemiológica para confirmar o descartar y se decide las acciones a seguir. Institucionalmente se ha identificado <i>Pseudomona aeruginosa</i> y <i>Staphylococcus aureus</i> en esputo.
CUMPLE 6.4	Dentro de las guías esta descrito el aislamiento de cohortización y se usa cuando las instalaciones lo permiten.

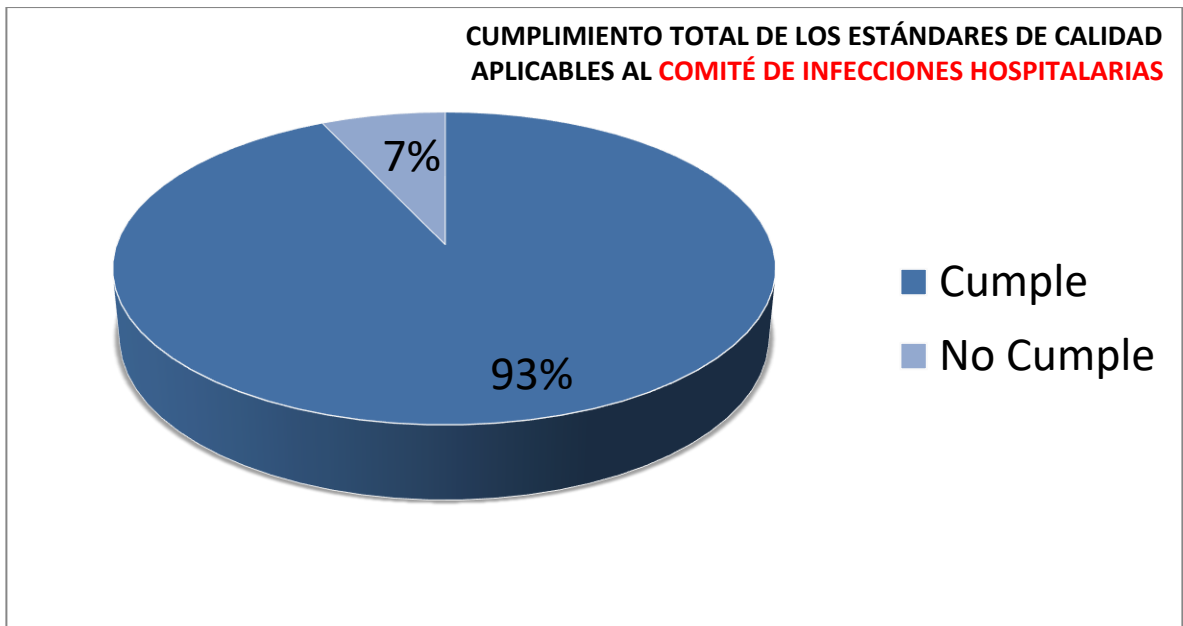
Gráfica 8. Distribución porcentual de cumplimiento de la Resolución 073 de 2008, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia



6.3.3 Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias

<u>COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS</u>	Puntos Totales	CUMPLIMIENTO
MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN	70	Excelente
RESOLUCIÓN 073 DE 2008 Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia	23	Bueno
Cumplimiento Total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité Infecciones Hospitalarias.	93	Excelente

Gráfica 9. Distribución porcentual de cumplimiento total de los Estándares de Calidad aplicables al Comité de Infecciones Hospitalarias



7. DISCUSIÓN

Se realiza una búsqueda activa en bases de datos como Scielo, Enfermería al día, Elsevier, Embase, otras.

En el cumplimiento de las pautas del Manual Único de Estándares y de Verificación 8 (Anexo Técnico N°1. De la Resolución N°1043 de 3 de abril de 2006), dividido en ocho ítems evaluables cada uno con su correspondiente valor numérico, de procesos que garantizan que a cada paciente se le realiza la apertura de la Historia Clínica, cuando adquiere los servicios de salud por primera vez, además de contar con los registros diferentes a las Historia Clínica, que están relacionados directamente con los dichos en la Resolución 1995 de 1999 por el Ministerio de Salud, y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en el cual arrojó una puntuación de 70 puntos, con un cumplimiento de los estándares de calidad aplicables en el comité excelente (61-70) puntos. Demostrando que la Institución de Salud ejecuta un correcto manejo de este registro y de sus anexos, siendo este un documento de vital importancia, con propósitos principales tales como, estimular un desarrollo de un sistemas de información sobre la calidad, facilitando labores de auditoría, vigilancia y control, además contribuye a brindarles a los usuarios y demás, una información correcta, oportuna y de calidad sobre toda actividad ejecutada sobre el usuario.

El cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, donde se formulan políticas y dictan normas científico administrativas de obligatorio cumplimiento por toda entidad que integre el sistema de salud. Se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, su administración, conservación, custodia y confidencialidad. Dividido en 19 ítems evaluables cada uno con su respectivo valor numérico, donde se evalúa dentro de sus criterios, su ámbito de aplicación obligatorio (Hospital Susana López de Valencia) las características básicas de la Historia Clínica, la obligatoriedad del registro, diligenciamiento, componentes, organización manejo y conformación del Comité de Historia Clínica, arrojó un resultado de 26 puntos, con un cumplimiento en los estándares de calidad aplicables en el comité excelente (26-30) puntos, los ítems que no cumplen el criterio tales como, la Institución no ha adaptada la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud hasta el momento, si acoge correctamente todos los componentes del Sistema Obligatorio de Calidad en Salud (SOGGCS), no adopta y vigila el cumplimiento del manual de procedimientos sobre la Historia Clínica por que el mismo sistema de Historias Clínicas (sistematizado) es muy estricto en su diligenciamiento, ya que la mayoría de los ítems por importancia, son obligatorios y si no se registran, el sistema no avanza. Sin embargo, la auditoría de Historias Clínicas, se realizó trimestralmente hasta diciembre del año 2011, y en la actualidad por falta de Auditor siendo este un problema administrativo. Y el último ítems que no cumple es por que los integrantes que conforman el comité no están definidos por resolución interna, se encontró que el

tipo de contratación que se le hace a los trabajadores hace mas difícil este que se le asigne este tipo de labores, por que son de constancia y tiempo de permanencia.

El cumplimiento del MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006); se obtiene un cumplimiento equivalente a 71.42%, valorado cualitativamente como bueno.

El cumplimiento del DECRETO 3518 DE 2006, 09 OCTUBRE, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones; se obtiene un cumplimiento equivalente a 76.66% en el Valorado cualitativamente como bueno. En la institución nivel II, se realiza vigilancia activa lo cual es semejante a los resultados obtenidos del estudio “Estado actual de los comités de infecciones en cinco ciudades de Colombia, 2010” donde se muestra que el 84,1 %¹⁶ de las instituciones evaluadas realizaban vigilancia epidemiológica activa.

¹⁶ CARRILLO P., ÁLVAREZ C.A. , ARBOLEDA D., Yomayusa N., Estado actual de los comités de infecciones en cinco ciudades de Colombia, Revista Médica Sanitas, Vol 13, No4, págs. 34-39, 2010.

8. CONCLUSIONES

- Con base en el concepto de Garantía de Calidad en Salud, como un proceso analítico, científico y administrativo, que busca asegurar un excelente nivel de *calidad en la prestación de los servicios de salud* y un alto grado de utilización racional de los mismos por parte de los usuarios del sistema en sus componentes de demanda, oferta, contexto, proceso, resultados e impacto, y así mismo entendido como un atributo exigido por los usuarios, los administradores en salud y especialmente por el Estado a través de sus organismos de control; las instituciones de salud que ofrecen sus servicios en Colombia encuentran reglamentado su ejercicio mediante el Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social o *Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud*, el cual establece como uno de los estándares de calidad, la conformación de los Comités de Obligatoria Constitución en toda Institución de Salud, al considerarlos y reglamentarlos como una herramienta básica, para hacer seguimiento a los programas de auditoría de la Calidad de la Atención en Salud; y sin embargo no hay un seguimiento de los mismos, además de que la evidencia de estudios similares a este que evalué la operacionalización de los comités son mínimos o nulos para ser más exacto; por lo que fue necesaria la realización de los instrumentos de recolección de datos, que abarcan todos los componentes que incluye las funciones de cada uno de los comités de interés para este estudio.

Respecto al cumplimiento total de los estándares de calidad aplicables a Los comités de: historias clínicas cumple en un 94% y no cumple en un 6%; vigilancia epidemiológica cumple el 73% no cumple el 27% y el de infecciones hospitalarias cumple con un 93% y no cumple con un 7% en la Institución objeto de estudio.

- Se reafirmó el sentido de la auditoria y valoración de los procesos. Dentro del transcurso de operalización de las Entidades de salud, la evaluación es una herramienta importante que va a permitir obtener, registrar y evaluar información necesaria para el mejoramiento del proceso de prestación de Servicios que inherentemente va a llevar al mejoramiento de la calidad. De esta manera, se pudo verificar cuales objetivos fueron logrados completamente y donde se encuentran las debilidades de los contenidos previamente planificados y en función a esto, realizar las correcciones respectivas en pro de fortalecer o mejorar. En este sentido, la evaluación es un instrumento para el mejoramiento que permite obtener información válida y confiable sobre las consecuencias de acciones específicas, para así optimizar los esfuerzos. Los resultados de la evaluación son también un referente concreto para analizar el funcionamiento y los procesos internos de las Institución de nuestro interés.

Los resultados son entonces insumos fundamentales para tomar decisiones, fijar responsabilidades, establecer metas, definir criterios y determinar acciones q garanticen el avance de un proceso de mejoramiento coherente, pertinente y sostenible.

9. RECOMENDACIONES

Dentro de los datos recolectados y evaluados, el aspecto más sobresaliente es que la Institución no cuenta con un manual de infecciones nosocomiales, por ello se les insta a realizar una dándoles los puntos clave a realizar dicho manual:

9.1 MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

1. Epidemiología de la Infección hospitalaria

- 1.1 Introducción
- 1.2 Factores influyentes en la manifestación de las infecciones hospitalarias
- 1.3 Localización de la infección
- 1.4 Microorganismos
- 1.5 Reservorio y transmisión
- 1.6 Medidas de prevención y control

2. Vigilancia de la Infección hospitalaria

- 2.1 Introducción
- 2.2 Objetivos de la vigilancia de la infección hospitalaria
- 2.3 Métodos para la vigilancia de la infección hospitalaria

3. Medidas de higiene generales

- 3.1 Precauciones estándar
- 3.2 Higiene de manos
- 3.3 Limpieza general del hospital
- 3.4 Lavado de ropa hospitalaria
- 3.5 Antisépticos y desinfectantes
- 3.6 Desinsectación y desratización
- 3.7 Higiene de otras zonas de riesgo: laboratorio

4. Higiene y reprocesamiento del instrumental y del equipamiento clínico

- 4.1 Procedimientos básicos de descontaminación
- 4.2 Métodos de limpieza y desinfección del instrumental y equipamiento
- 4.3 Descontaminación del instrumental, de los equipos clínicos
- 4.4 Descontaminación en endoscopia
- 4.5 Esterilización del instrumental
- 4.6 Dispositivos médicos de un sólo uso

5. Normas y recomendaciones para prevenir las infecciones asociadas a diversos procesos hospitalarios

5.1 Normas y recomendaciones para la prevención de la infección de localización quirúrgica. Profilaxis antimicrobiana prequirúrgica

5.2 Prevención de la infección nosocomial asociada a sondaje vesical

5.3 Recomendaciones para prevenir las infecciones asociadas a la inserción de catéteres intravasculares

5.4 Normas para la prevención de infecciones de vías respiratorias

6. Medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecto contagiosas

6.1 Cadena epidemiológica

6.2 Elementos para los aislamientos

6.3 Tipos de aislamientos

6.4 Síndromes clínicos que justifican el aislamiento empírico

6.5 Pacientes que precisan aislamiento

6.6 Actuación en pacientes portadores de bacterias multirresistentes

7. Microorganismos multirresistentes y uso de antimicrobianos

7.1 Concepto de microorganismos multirresistentes.

7.2 Política de control del uso de antibióticos

8. Procedimientos para el estudio y control de brotes

8.1 Identificación de un brote epidémico

8.2 Investigación epidemiológica de un brote

8.3 Control de un brote: establecer un plan de mejora

9. Prevención y control de las infecciones de origen ambiental

9.1 Aire

9.2 Agua

9.3 Prevención de las toxiinfecciones de origen alimentario

9.4 Residuos biosanitarios

10. Normas, vacunas y recomendaciones al personal sanitario



10.1 Normas de vestimenta y circulación

10.2 Vacunación en profesionales de la salud

10.3 Recomendaciones laborales

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Historias Clínicas

	<p>Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012. (Proyecto de Investigación)</p> <p>COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS DECRETO 1995 DE 1999 Ministerio De Salud</p>	
---	--	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO GENERAL: Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

SECCIÓN A:

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN (Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES					
Estándar:					
Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
Código	Criterio	C	N C	N A	Observaciones
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.				

6.4	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.				
6.5	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.				
6.7	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.				
6.12	Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso.				
	Registro de placas dañadas, y posibles causas.				
	Registro de dosis de radiación.				
6.13	Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos.				
	Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica.				
	Registro o copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio				

	clínico que los realizó, sin transcribirlos.				
	Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe.				
6.16	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.				
6.17	Registro de cada una de las pruebas y/o exámenes realizados en el servicio.				
	Solicitud de reserva de sangre y sus componentes.				
	Registro de pruebas pretransfusionales.				
	Información Post-transfusional.				
	Registro del informe a la Dirección Territorial de Salud, sobre la estadística mensual de sangres transfundidas.				

SECCIÓN B:

RESOLUCIÓN 1995 DE 1999

08 Julio, Ministerio De Salud

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

1. OBJETIVOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
1.1	La institución cuenta con un manual de procedimientos que defina claramente que: 1. La historia clínica debe estar identificada con: número de cédula en paciente mayor de edad, tarjeta de identidad en menores de 7 años y número de registro civil en menores				



	<p>de 6 años. Extranjeros con número de pasaporte o número de cedula. En menores de edad que no poseen ningún tipo de documentación, se encuentra registrado el número de cédula de madre, padre, o pariente.</p> <p>2. El tiempo de reserva de las historias clínicas, en el cual se identifique el carácter de reservado: caducidad de 5 años, en pacientes que no han utilizado el servicio en dicho lapso de tiempo; y de un tiempo indeterminado cuando la historia clínica tiene valor científico, histórico o cultural.</p> <p>3. La historia clínica se debe encontrar siempre en forma disponible en el momento que se necesite con las limitaciones que impone la ley.</p> <p>4. La historia clínica se encuentran registrados los datos personales de identificación del usuario, tales como: apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.</p>				
--	--	--	--	--	--

	5. La custodia de la historia clínica se encuentra a cargo de la institución y el paciente cuenta con el derecho de que se le entregue una copia de esta cuando éste la solicite.				
1.2	La institución cuenta con formatos que permitan registrar información de la historia clínica en los siguientes aspectos: científicos, administrativos y técnicos, en sus fases de fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.				
1.3	La institución adopta y vigila el cumplimiento del manual de procedimientos sobre la historia clínica.				
2. INTEGRANTES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.1	El comité tiene una Resolución o Decreto institucional de creación del mismo.				
2.2	Los integrantes están definidos por resolución interna.				
2.3	Los integrantes están asignados o delegados de acuerdo a los criterios de funcionamiento del mismo, con conocimiento y perfil para intervenir y tomar decisiones.				
2.4	El comité cuenta con la posibilidad de tener invitados para análisis o investigaciones.				

3. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
3.1	La institución tiene definido un cronograma donde se especifique el día, la hora y el responsable de cada reunión.				
3.2	Los integrantes del comité tienen y conocen dicho cronograma.				
4. FUNCIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
4.1	Promueve en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y vela porque estas se cumplan.				
4.2	Elabora, sugiere y vigila el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.				
4.3	Eleva a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.				
4.4	Vigila que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.				
5. ORDEN DEL DÍA					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
5.1	Se realiza la lectura del acta anterior para verificar tareas asignadas a los integrantes del comité.				

5.2	Cuentan con una herramienta estipulada para verificar tareas.				
5.3	Se definen acciones y recomendaciones por parte de los integrantes y son puestas por escrito en el acta; para posteriores verificaciones.				
6. RESULTADOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
6.1	La institución tiene definidos los procedimientos que garanticen la privacidad, obligatoriedad y reserva de la historia clínica.				
6.2	La institución cuenta con formatos que permiten registrar los criterios científicos sobre el estado de salud del paciente en la historia clínica, de forma evidenciada, lógica, clara y completa.				

Anexo B. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Vigilancia Epidemiológica

	<p>Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012. (Proyecto de Investigación)</p> <p>COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DECRETO 3518 DE 2006 Ministerio De La Protección Social</p>	
---	--	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO GENERAL: Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en las instituciones de salud, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

SECCIÓN A:

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN
(Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)

1. RECURSO HUMANO					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
1.106	La institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud.				
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					

Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
5.8	La institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.				
5.59	Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías para la atención del manejo de las enfermedades de salud pública.				

SECCIÓN B:

DECRETO 3518 DE 2006

09 OCTUBRE, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones



1. OBJETIVOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
1.1	La institución cuenta con un manual de Vigilancia Epidemiológica donde se especifique: las enfermedades de Notificación Obligatoria, proceso de confirmación, muestras, toma y embalaje de las mismas, investigación respectiva de los casos y periodicidad de la notificación obligatoria.				

1.2	Al personal de salud se le han realizado capacitaciones respecto al contenido del manual de Vigilancia Epidemiológica (existencia de presentaciones, listado de asistencia y evaluaciones).				
1.3	La institución elabora documentos técnicos como guías, protocolos, manuales relacionados con el tema de Vigilancia Epidemiológica para las enfermedades de Notificación Obligatoria.				
2. INTEGRANTES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.1	El comité tiene una Resolución o Decreto institucional de creación del mismo.				
2.2	Los integrantes están definidos por resolución interna.				
2.3	Los integrantes están asignados o delegados de acuerdo a los criterios de funcionamiento del mismo, con conocimiento y perfil para intervenir y tomar decisiones.				
2.4	El comité cuenta con la posibilidad de tener invitados para análisis o investigaciones.				
3. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
3.1	La institución tiene definido un cronograma donde se especifique el día, la hora y el responsable de cada reunión.				
3.2	Los integrantes del comité tienen y conocen dicho cronograma.				

4. FUNCIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
4.1	La institución adopta, implementa y vigila el cumplimiento por parte del personal de protocolos, guías, manuales que se requieran para la Vigilancia Epidemiológica adecuada de las enfermedades de Notificación Obligatoria.				
4.2	Analiza epidemiológicamente la información sobre morbilidad, mortalidad y sus factores condicionantes.				
4.3	Implementa procesos de información a través de charlas, carteleras, folletos, capacitaciones dirigidos a usuarios internos y externos sobre las enfermedades de Notificación Obligatoria especialmente signos de alarma para cada una.				
5. ORDEN DEL DÍA					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
5.1	Se realiza la lectura del acta anterior para verificar tareas asignadas a los integrantes del comité.				
5.2	Cuentan con una herramienta estipulada para verificar tareas.				
5.3	Se definen acciones y recomendaciones por parte de los integrantes y son puestas por escrito en el acta; para posteriores verificaciones.				

6. RESULTADOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
6.1	Presenta a las entidades de vigilancia y control (Secretaria de Salud Municipal y Departamental del Cauca), informes periódicos sobre las actividades de Vigilancia Epidemiológica realizadas en la Institución.				
6.2	Efectúa notificación inmediata y obligatoria de los brotes emergentes que así lo requieren.				
6.3	Efectúa notificación obligatoria en la periodicidad que cada enfermedad lo requiere.				
6.4	Establece programas de Vigilancia Epidemiológica inmediatos en caso de brotes.				

Anexo C. Instrumento de Recolección de Datos, Comité de Infecciones Hospitalarias

	<p>Evaluación De Tres Comités De Obligatoria Constitución Según El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud (SOGCS) Y Normatividad Vigente, En Hospital Nivel II, Popayán, Mayo, 2012. (Proyecto de Investigación)</p> <p>COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS RESOLUCIÓN 073 DE 2008 Secretaria Distrital De Salud De Bogotá, Colombia</p>	
---	---	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO GENERAL: Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad aplicables a los Comités de Obligatoria Constitución: Comité de Historias Clínicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Infecciones Hospitalarias, en el Hospital Susana López de Valencia, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la normatividad vigente para cada uno de ellos.

SECCIÓN A:

MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN
(Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de 3 de abril de 2006)

2. INSTALACIONES FÍSICAS					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.4	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación (pintura de paredes hipóxica, paredes de media caña lavable) Adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de				

	estos servicios debe estar separado con barreras físicas.				
2.5	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables (pintura de paredes hipóxica, paredes de media caña lavable), sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.				
<p>Modo de Verificación: Con base a los servicios declarados y los planos de la institución, realice un recorrido identificando las secuencias de servicios a visitar, permita diferenciar las áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso y mayores condiciones de asepsia (área quirúrgica y de procedimientos).</p> <p>Si la institución cuenta con menos de 30 cuartos de hospitalización, verifique las condiciones en 10 de ellos, y si son más de 30, verifique al menos el cumplimiento de las condiciones de 30% de estos. En caso de incumplimiento anote con precisión el incumplimiento, especificando el servicio, área, número de cama, número de habitación piso, área de la institución, en donde se incumple el requisito.</p>					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.8	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.				
<p>Modo de Verificación: Durante el recorrido por las instalaciones evalúe los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios determine si el tipo de materiales (pintura de paredes hipóxica, paredes de media caña lavable) o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique los posibles riesgos.</p>					

Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.12	Existe un área específica que funciones como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios, cuente con acceso restringido, debida señalización, cuente con elementos que impidan el acceso a vectores y roedores.				
2.13	Los servicios de hospitalización, urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, y unidad de quemados (si cuenta con estos dos últimos servicios) debe contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.				
2.15	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. En áreas de circulación compartidas se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados, compresores, carros de comida etc				
2.17	Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal y Adulto, Unidad de quemados (si cuentan con estos servicios), las áreas físicas, intrahospitalarias exclusivas y delimitadas con los ambientes correspondientes.				
2.18	Dos pacientes agudos por cada habitación y 4 pacientes subagudos por cada habitación. Cada servicio hospitalario y sus respectivas divisiones (cuartos, consultorios, salas, estaciones) deben tener lavamanos, dispensador de jabón líquido, baño exclusivo con los utensilios respectivos, y recipientes de desechos del color correspondiente.				

SECCIÓN B:

RESOLUCIÓN 073 DE 2008
ENERO 30, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, COLOMBIA
Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia
Epidemiológica de Infecciones Hospitalarias- IH para Bogotá D.C.

1. OBJETIVOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
1.1	Cuenta la Institución con un Manual de Infecciones hospitalarias propias de dicha Institución.				
1.2	Al personal de salud se le ha realizado capacitaciones (donde haya presentaciones, listados de asistencia, evaluaciones escritas de los participantes) respecto al contenido del manual de infecciones hospitalarias.				
1.3	La institución elabora documentos técnicos como guías, protocolos, manuales relacionados con el tema de la prevención, vigilancia y control de las infecciones hospitalarias y estrategias de contención de la resistencia bacteriana.				
1.4	Realiza el seguimiento y evaluación Institucional de la implementación de la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones hospitalarias.				
2. INTEGRANTES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
2.1	El comité tiene una Resolución o Decreto institucional de creación del mismo.				
2.2	Los integrantes están definidos por resolución interna.				
2.3	Los integrantes están asignados o delegados de acuerdo a los criterios de funcionamiento del mismo, con conocimiento y perfil				

	para intervenir y tomar decisiones.				
2.4	El comité cuenta con la posibilidad de tener invitados para análisis o investigaciones.				
3. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
3.1	La institución tiene definido un cronograma donde se especifique el día, la hora y el responsable de cada reunión.				
3.2	Los integrantes del comité tienen y conocen dicho cronograma.				
4. FUNCIONES					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
4.1	La institución adopta, implementa y vigila el cumplimiento por parte del personal de protocolos, guías, manuales que se requieran para la implementación de la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones hospitalarias.				
4.2	Los productos utilizados para la desinfección son revisados con su ficha técnica y avalados o autorizados por el comité de infecciones.				
4.3	Se verifica mediante una lista de chequeo la desinfección.				
4.4	La institución implementa procesos de información a través de charlas, carteleras, folletos, capacitaciones dirigidos a usuarios internos y externos sobre las prácticas recomendadas para la prevención y control de infecciones y que brinden herramientas para exigir su cumplimiento a nivel institucional.				
5. ORDEN DEL DÍA					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
5.1	Se realiza la lectura del acta anterior para verificar tareas asignadas a los integrantes del				

	comité.				
5.2	Cuentan con una herramienta estipulada para verificar tareas.				
5.3	Se definen acciones y recomendaciones por parte de los integrantes y son puestas por escrito en el acta; para posteriores verificaciones.				
6. RESULTADOS					
Código	Criterio	C	NC	NA	Observaciones
6.1	El comité elabora un informe mensual sobre el desarrollo del Programa de Prevención, Control y Vigilancia de Infecciones Hospitalarias y lo socializan a nivel institucional.				
6.2	Establecer programas de uso prudente de antibióticos a nivel institucional basados en estrategias efectivas documentadas. El programa debe contener objetivos, estrategias para el uso adecuado de antibióticos, entrenamiento de todo el equipo responsable de la atención, indicadores de evaluación y debe ser coordinado con el Comité de Farmacia y Terapéutica.				
6.3	Efectuar notificación inmediata y obligatoria de brotes de infecciones hospitalarias y gérmenes multi-resistentes como son: * <i>Acinetobacterbaumannii</i> *EVR (<i>Enterococcus</i> resistente a vancomicina) *KPC (Enterobacterias carbapenemasas) como <i>Pseudomonasaeruginosa</i> *BLESS (Productoras de betalactamasas de espectro extendido) *MRSA				

	(<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilino) * <i>Clostridium spp</i>				
6.4	Se realiza aislamiento de cohorte al encontrar la presencia de cualquiera de los gérmenes anteriormente descritos.				

BIBLIOGRAFÍA

- COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE). Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/vigilancia-epidemiologica/comite-de-vigilancia-epidemiologica-cove>. Consultado 6 de septiembre de 2011.
- DECRETO 1562 DEL 22 DE JUNIO DE 1984. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medioambiente/hume-decreto156284.htm>. Consultado 6 de septiembre de 2011.
- DERECHOS Y OBLIGACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (SGSSS). Todo Sobre La Historia Clínica. Disponible en: <http://www.encolombia.com/heraldo231-historia.htm>. Consultado 6 de septiembre de 2011, 5:30 pm.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN (ICONTEC). Documentación. Presentación de Tesis, Trabajos de Grado y Otros Trabajos de Investigación. Sexta Actualización. Bogotá, DC. 2012.
- GUZMÁN MORA, Fernando. Los Comités de Ética Médica Hospitalaria. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medioambiente/hume-decreto156284.htm>. Consultado 6 de septiembre de 2011, 7:15 pm.
- HEREDERO SANTOS, Francisco Javier, otros. Metodología Básica de la Investigación en Enfermería. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. Pág. 49 – 53.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Bogotá D.C. 2007. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/VIGYCONT/pautas_de_auditoria.pdf
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Decreto 1011 de Abril 03 de 2006. Art. 2. Por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/normograma/DECRETOS/2006/DECRETO%201011.pdf>
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 1043 de 2006. Estándares de habilitación. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para

habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. 3 de abril de 2006. Disponible en: [http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20\(Anexo%20Tecnico%202\).pdf](http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20(Anexo%20Tecnico%202).pdf)

- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Comité de Ética Hospitalaria. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. 1 de noviembre de 1991. Disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf
- MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1562 de 1984. Art.21. Comité de Vigilancia Epidemiológica. Por el cual se reglamentan parcialmente los [Títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979], en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad. 22 de junio de 1984. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/D1562-84.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Comité de Historia Clínica. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 8 de julio de 1999. Disponible en: <http://www.esa-an.org/descargas/LIQUIDACION/HISTCLINICA/Resolucion1995de1999.pdf>